

WA
900
DC9
D4s
1921



SANIDAD Y BENEFICENCIA

MEMORIA

PRESENTADA POR EL DELEGADO DE LA REPUBLICA DE CUBA,

DR. MARIO G. LEBREDO

JEFE DE LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA,

LABORATORIOS Y HOSPITAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y DIRECTOR
DEL HOSPITAL "LAS ANIMAS"

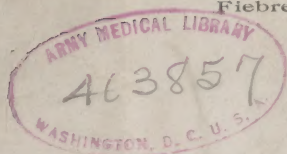
A

LA SEXTA CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL
DE LAS REPUBLICAS AMERICANAS CELEBRADA EN
MONTEVIDEO (URUGUAY) DEL 12 AL 20 DE DICIEMBRE
DE 1920.

DOCUMENTOS INCLUIDOS:

Introducción por el Dr. J. Guiteras, Secretario de Sanidad y Beneficencia
Informe elevado al Honorable Sr. Secretario de Sanidad y Beneficencia
sobre la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional
de Montevideo

APENDICES: A. y B. Resoluciones sobre
Fiebre Amarilla y Peste Bubónica.



HABANA, CUBA.

1921

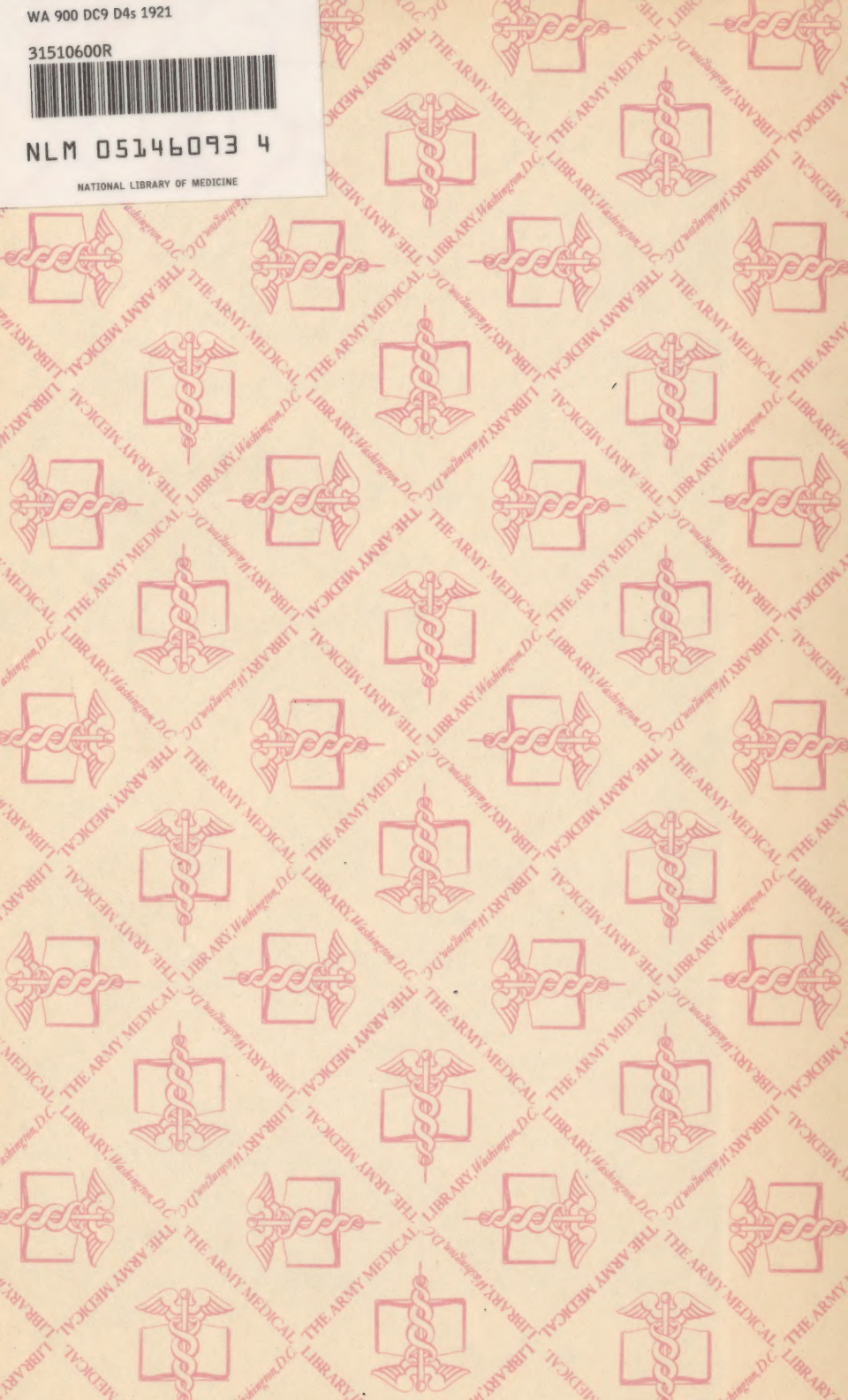
WA 900 DC9 D4s 1921

31510600R



NLM 05146093 4

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE



DUE TWO WEEKS FROM LAST DATE

R MAR 8

1955

GPO 322808

DATE BY 1155

MEMORIA

PRESENTADA POR EL DELEGADO DE LA REPUBLICA DE CUBA,

DR. MARIO G. LEBREDO

JEFE DE LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA,
LABORATORIOS Y HOSPITAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y DIRECTOR
DEL HOSPITAL "LAS ANIMAS"

A

LA SEXTA CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL
DE LAS REPUBLICAS AMERICANAS, CELEBRADAS EN
MONTIVIDEO (URUGUAY) DEL 12 AL 20 DE DICIEMBRE
DE 1920.

DOCUMENTOS INCLUIDOS:

Introducción por el Dr. J. Guiteras, Secretario de Sanidad y Beneficencia
Informe elevado al Honorable Sr. Secretario de Sanidad y Beneficencia
sobre la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional
de Montevideo

APENDICES: A. y B. Resoluciones sobre
Fiebre Amarilla y Peste Bubónica.

Imp. "La Moderna Poesía", Obispo 129 al 139

HABANA, CUBA.

1921



Hygiene, Public

~~Cuba. Delegado á la sexta
Conferencia sanitaria
internacional de las
repúblicas americanas.~~

WA
- 900
DC9
- D4s
1921

~~Cuba
Taf 4
W/33
921~~

0001

Introducción:

Aunque el informe del Dr. M. G. Lebrede que a continuación se publica está dirigido a mi antecesor que entonces gobernaba esta Secretaría, no quiero dar la orden de impresión sin consignar el interés con que he leído este informe, y sin llamar la atención a su lectura, porque presenta en forma bien elaborada la política sanitaria que desde su comienzo sigue este Departamento, y los éxitos que se han alcanzado.

Debemos congratularnos de la selección que se hizo del Dr. Lebrede para que nos representase en la Convención de Montevideo, ya que a dicha selección se debe que se haya designado la Habana como sede de la próxima Convención, y al Dr. Lebrede para prepararla y dirigirla.

J. Guiteras,

Secretario de Sanidad y Beneficencia.

INFORME SOBRE EL CONGRESO

PRESENTADO POR EL

DR. LEBREDO AL SR. SECRETARIO

Habana, Abril 8 de 1921.

Sr. Dr. Fernando Méndez Capote,

Secretario de Sanidad y Beneficencia.

Habana.

Señor:

Cumplida la muy honrosa misión que, a propuesta de Vd., se sirvió encomendarme el Honorable Sr. Presidente de la República, General Mario G. Menocal, de representar al Gobierno en la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, celebrada en Montevideo (Uruguay), del 12 al 20 de Diciembre del año próximo pasado 1920, tengo el gusto de informar a Vd. sobre el desarrollo y resultado de la Conferencia, y de enviarle copia de la Memoria que, de acuerdo con las bases del Programa y lo exigido por el Decreto Presidencial en que me nombra Delegado, presenté a la importante Convención.

Como Vd. verá, he reflejado en la Memoria, con insistente empeño, la ejemplar sinceridad mantenida siempre en nuestras relaciones internacionales, al hacer con la más estricta exactitud el balance de nuestra situación sanitaria con respecto a cada una de las enfermedades incluídas en el cuestionario del Programa, respondiendo a cuantos detalles de organización y funciones de nuestro Departamento sanitario se solicitan, y procurando resaltasen los esfuerzos realizados con notable éxito por defender nuestro en-

vidiable estado sanitario, en una época en que con motivo de la guerra mundial ha habido algún relajamiento—hasta cierto punto justificado—en las instituciones sanitarias del mundo.

El itinerario elegido para el viaje, fué el directo, Habana-Valparaíso (vía Canal de Panamá) y ferrocarril trasandino Santiago de Chile-Buenos Aires, luego, travesía del río Plata (una noche) de Buenos Aires a Montevideo.

Obligado estuve a salir de la Habana desde el 25 de Octubre, en el vapor “Orcoma”, de la “Pacific Steamship Navigation Company”, pues la siguiente inmediata fecha de salida, resultaba tardía para que llegase a tiempo a la Conferencia. Este anticipo me sirvió para permanecer algunos días en Santiago de Chile, donde terminé de redactar la Memoria, y donde pude estudiar detenidamente el tifus exantemático que prevalecía en dicha ciudad. En Buenos Aires sólo estuve tres días, llegando a Montevideo el día 11 de Diciembre, víspera de inaugurarse la Conferencia.

La organización de la Conferencia a cargo del Comité ejecutivo bajo la Presidencia del Dr. Ernesto Fernández Espiro, presentó un programa de Sesiones, Visitas, Fiestas y Paseos, que se cumplió en todas sus partes.

El sábado 11 de Diciembre, el mismo día de mi llegada,—por lo que no pude asistir, haciéndolo posteriormente—hubo una reunión preliminar en el Ministerio de Relaciones Exteriores para la presentación de credenciales y para visitar a S. E. el Sr. Ministro de Relaciones Exteriores, Dr. Juan A. Buero, pasando después los delegados a saludar al Excelentísimo Sr. Presidente de la República, Dr. Baltasar Brum.

He aquí una lista de las Naciones concurrentes y de los Delegados que las representaron:

ARGENTINA:

Doctor Joaquín Llambias.

„ Gregorio M. Martínez.

BOLIVIA:

Doctor José Montellano.

BRASIL:

Doctor Rual Leitao Da Cunha.

COLOMBIA:

Doctor Pablo Gracia Medina.

CUBA:

Doctor Mario G. Lebrede.

CHILE :

Doctor Arturo Atria.

EL SALVADOR :

Señor Gustavo A. Ruiz.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA :

Doctor J. H. White,
„ Gregorio M. Guiteras.

GUATEMALA :

Señor Enrique Martín.

HONDURAS :

Señor Enrique Martín.

MEXICO :

Doctor Julio Etchepare.

PANAMA :

Señor Adolfo Alonso Martínez.

PARAGUAY :

Doctor Juan Francisco Recalde,
„ Fernando Abente Haedo.

PERU :

Doctor Carlos Enrique Paz Soldan.

VENEZUELA :

Doctor Guillermo Delgado Palacios.

URUGUAY :

Doctor Ernesto Fernández Espiro,
„ Alfredo Vidal y Fuentes,
„ Jaime H. Oliver,
„ Joaquín de Salterain,
„ Julio Etchepare,
„ Luis D. Brusco,
„ Américo Ricaldoni,
„ Arnoldo Berta,
„ José Scoseria,
„ José Mainginou,
„ Angel Gaminera,
„ Juan A. Rodríguez,
„ José Martirené,
„ Rafael Schiaffino,
„ Justo F. González.

Como puede verse en la anterior lista, Guatemala, Honduras, México y Panamá, no enviaron Delegación especial, sino poderes representativos a los Sres. Martín y Alonso Martínez y al Delegado uruguayo Dr. Recalde. Igualmente es de notarse que el Ecuador no envió ninguna Delegación a tan importante Conferencia.

Todas las Sesiones de la Conferencia se verificaron en el Salón de Actos Públicos de la Universidad. La inaugural tuvo efecto el domingo 12 de Diciembre a las 4 p. m. con un Discurso de S. E. el Sr. Ministro de Industrias, Dr. Luis C. Caviglia y el Discurso del Sr. Presidente Provisional de la Sexta Conferencia, Dr. Ernesto Fernández Espiro, seguido de las alocuciones de los Delegados (una por cada Delegado) de las Naciones representadas.

La alocución que tuve el honor de presentar dice así:

“Es innegable que a consecuencia de la terrible guerra mundial—que interrumpió el curso ordenado de estas importantísimas Convenciones—se han producido en los nueve años y un mes transeurridos desde la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, peligrosas en muchos lugares, y en todos lados inquietantes situaciones en materia de higiene nacional e internacional.

“La Sanidad militar hizo, ciertamente, maravillas, en defensa de la salud de los beligerantes, pero, es claro, que la lucha, por necesidad, hubo de provocar alguna confusión en las reguladas corrientes actuaciones de la Sanidad civil, dando lugar a que muchos de los países que no integraron el núcleo armado, recibieran el contragolpe, al extremo de que no son pocas las naciones que han tenido que defenderse de epidemias importadas, o que hacer una considerable labor de vigilancia ante peligrosas vecindades.

“Grato y oportuno es decir que si los estragos no han sido irreparables, se debe a la gran fuerza de resistencia que las modernas instituciones sanitarias han adquirido, desde que ampliando su área de acción estrictamente nacional, establecieron las recíprocas obligaciones sanitarias internacionales.

“La guerra pasó, pero todavía las agitadas capas sociales no han entrado en completo reposo; hay países que sufren aún de dificultades que no les permiten dedicar todos sus empeños a las labores sanitarias. Por eso, durante algún tiempo tenemos que mantenernos doblemente alertas, y buscar la mutua protección restableciendo, más firme que antes, el contacto internacional en esta Sexta Conferencia.

“El Programa provisional sometido a nuestra consideración es de la mayor importancia; obliga a pasar revista y a hacer un verdadero balance—oportunísimo después del prolongado receso—de la situación, con respecto a nuestros antiguos — pudiéramos decir históricos — problemas: fiebre amarilla, malaria, tuberculosis, peste bubónica, etc., y llama la atención, particularmente, entre otras enfermedades, sobre la “gripe” que, de nuevo, en forma pandémica gravísima recorrió el mundo con sus mortíferas acometidas, rebelándose contra cuantos empeños profilácticos se opusieron en su camino.

“Designado por el Gobierno de mi país para representarlo en esta Conferencia, acepté tan honroso mandato, porque identificado en un todo con la Organización y Marcha de nuestro Departamento sanitario, desde su establecimiento al instaurarse la República, pensé habrían de servirme de guía las huellas que dejaron en las Convenciones anteriores, las efectivas actividades desplegadas en ellas por los Delegados ilustres de los demás países que las integraron, y los del mío, Finlay y Guiteras, Maestros en Ciencia sanitaria, Hugo Roberts, Jefe del Servicio de Sanidad marítima de Cuba desde su fundación hasta el día.

“Hoy empezamos las labores con interés y entusiasmo. Yo acabo de llegar y desde el primer momento he sentido la influencia atractiva de este rico y adelantado país, que tuvo para nuestro amado Martí muestras de consideración y cariño que nunca podremos olvidar los cubanos, y para el cual y para su ilustre Presidente traigo del mío un cordial saludo de confraternidad.”

Al empezar la primera Sesión de trabajo el lunes 13 de Diciembre, se dedicaron las primeras actividades a hacer el nombramiento del Presidente definitivo de la VI Conferencia y a designar los Vice-Presidentes, Secretarios y Comisiones, recayendo, por aclamación, la Presidencia definitiva de la Conferencia, en el Dr. E. Fernández Espiro, hasta entonces su presidente provisional.

Las Comisiones fueron nombradas como sigue:

Comisión de Credenciales:

Dr. Alfredo Vidal y Fuentes,
 „ Rafael Schiaffino,
 „ José Mainginou.

Comisión de Peste Bubónica, Fiebres Eruptivas y Tifoidea:

Dr. Carlos Enrique Paz Soldan,
 „ Guillermo Delgado Palacios,
 „ Julio Etchepare,
 „ Rafael Schiaffino,
 Sr. Gustavo A. Ruiz.

Comisión de Meningitis Cerebro-Espinal Epidémica, Poliomiélitis Anterior Trasmisible y Encefalitis Letárgica:

Dr. Arturo Atria,
 „ Fernando Abente Haedo,
 „ Arnoldo Berta.

Comisión de Tuberculosis, Fiebre Amarilla, Malaria, Tracoma y Anquilostomiasis:

Dr. Raul Leitao Da Cunha,
 „ Juan F. Recalde,
 „ Mario G. Lebrede,
 „ Joaquín de Salterain,
 „ Gregorio N. Martínez.

Comisión de Lepra y Avariosis:

Dr. José H. White,
„ José Mainginou,
„ Juan A. Rodríguez,
„ Justo F. González.

Comisión de Sanidad Marítima y Servicio de Desinfección:

Dr. Enrique Carlos Paz Soldan,
„ José Mainginou,
„ Justo F. González,
„ Luis D. Brusco.

Comisión de Demografía:

Sr. Enrique Martín.
„ Adolfo Alonso Martínez,
Dr. Américo Ricaldone,
„ Joaquín de Salterain.

Comisión de Salubridad de las Poblaciones:

Dr. José Montellano,
„ Arturo Atria,
„ José Martirené,
„ José Scoseria,
„ Angel Gaminara.

Comisión de Gripe y Tifus Exantemático:

Dr. Guillermo Delgado Palacios,
„ Arturo Atria,
„ José Montellano.

Comité Ejecutivo:

Dr. Gregorio M. Guiteras,
„ Joaquín Llambias,
„ Pablo Gracia Medina,
Sr. Enrique M. Martín,
Dr. Ernesto Fernández Espiro,
„ Alfredo Vidal y Fuentes.

La Conferencia resultó interesante, aunque adoleció del espíritu de generalización que hubo de imprimirle el enorme Programa presentado como pauta para la redacción de las Memorias. Y se comprende que fuera necesario, después de un receso de nueve años en la reunión de las Conferencias, que los países adheridos a ellas presentaran los sucesos sanitarios que ocurrieran durante ese tiempo, en relación con las cuestiones pedidas en los quince párrafos del Programa.

Además de la Memoria presenté al Congreso una extensa resolución, con respecto a modificar algunos artículos del Reglamento sanitario internacional que hoy nos rige, referentes a fiebre amarilla, de acuerdo con las proposiciones hechas por el Dr. Guiteras

en el II Congreso Científico Pan-americano, según podrá Vd. ver en el Apéndice A que acompaña a la Memoria. Y, también presente en el Apéndice B, igual resolución con respecto a artículos referentes a peste bubónica, igualmente sugeridos por el Dr. Guiteras en el mismo II Congreso Científico Panamericano. Esas resoluciones, según pedí, así como otras presentadas a la Conferencia y aceptadas por ella, quedaron para que formen parte del Programa de la próxima (VII) Conferencia, de manera que se discutan y queden en firme las conclusiones que se acepten. Esto muestra el carácter particularmente importante que ha de tener la próxima Conferencia, que habrá de reunirse en la Habana, en Febrero del año 1923.

En efecto, cuando llegué a Montevideo, precisamente la víspera de inaugurarse la Conferencia, encontré una gran corriente de opinión para que en Cuba se verificase la VII Conferencia Sanitaria. Esto venía bien con mis propósitos, y como en la V Conferencia, de Chile, en 1911, el Delegado de Cuba, Dr. H. Roberts, había solicitado el mismo honor, sin éxito, por haberlo pedido antes el Uruguay, decidí hacer la proposición oficial, en la última Sesión (20 de Diciembre) renovando el ruego de que la VII Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas se efectuara en la Habana, del 20 al 27 de Febrero de 1923, bajo los auspicios del Gobierno de nuestra República. El Dr. Joaquín Llambías, Delegado de la República Argentina, solicitó y obtuvo que por aclamación se aceptase la moción por mí presentada.

El Dr. Fernández Espiro, Presidente de la Conferencia, inmediatamente después, con frases de alta estimación y cariño para nuestra República y generosísimas para mi persona, me propuso para Presidente provisional de la VII Conferencia, lo que por aclamación fué aceptado.

Fuera de las labores propias de la Conferencia, hicimos un magnífico recorrido por las instituciones más importantes que hacen de Montevideo una de las más adelantadas ciudades de América. Visitamos la Maternidad, el Hospital Italiano, la Casa de Desinfección "Doctor Gabriel Honoré", la Escuela Veterinaria, el Hospital "Fermín Ferreira", el Sanatorio y Dispensario No. 1 "Doctor Joaquín de Salterain" de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, la Estación Sanitaria de la Isla de Flores, las Secciones de Vacuna y Bacteriología, de Química y Usina Incineradora de residuos domiciliarios (dependencias del Consejo de Administración Departamental), Escuela de Agronomía y Pabellón "Doctor Germán Segura."

Cuanto diga de las atenciones que nos prodigaron en esas visitas, como en las fiestas y paseos que sirvieron para nuestro entretenimiento, resultaría pálido para pintar la realidad y cuantas palabras de agradecimiento exprese, pobres para la grandeza de los homenajes recibidos.

Igualmente, antes de terminar, es justo haga presente, con el sentimiento de mi mayor gratitud, que en los diversos países que visité, de tránsito—Perú, Chile, Argentina,—recibí todo género de facilidades para la realización de mi viaje, y pruebas de la mayor consideración, verdadero reflejo de las simpatías que inspira nuestro país.

Por último, debo manifestar a Vd.—deseando llegue a conocimiento del Sr. Secretario de Estado, con la constancia de mi gratitud,—que los Sres. Representantes Diplomáticos de nuestra República, acreditados en las de Chile, Argentina y Uruguay, me prestaron no tan sólo la más cálida acogida como compatriota, sino el más efectivo auxilio como Delegado.

De usted respetuosamente,

Dr. Mario G. Lebreto.

•

Memoria

MEMORIA

PRESENTADA A LA SEXTA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LAS REPUBLICAS AMERICANAS

Por el Dr. MARIO G. LEBREDO

Delegado de la República de Cuba.

Para el desarrollo de la Memoria, seguimos el orden de materias fijado en el Programa provisional que remitió a los Gobiernos interesados en esta Conferencia el Dr. H. S. Cumming, Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, Presidente Provisional de la Oficina Sanitaria Internacional, por el conducto reglamentario, séase por intermedio del Honorable Director General de la Unión Panamericana, en esa fecha, Sr. John Barret.

Sólo a las cuestiones 11, 12 y 14 dejamos de aludir por no haber podido documentarlas a tiempo.

1º—LEYES, ORDENANZAS Y DISPOSICIONES DICTADAS DESPUES DE LA QUINTA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LAS RE- PUBLICAS AMERICANAS.

En la Segunda Conferencia Internacional Sanitaria celebrada en Washington en 1905, informó el Dr. Enrique B. Barnet, Delegado nuestro, con toda la extensión posible, sobre las 'Ordenanzas de la Junta Superior de Sanidad de la Isla de Cuba para el régimen sanitario de los Ayuntamientos de la República'; ordenanzas que estuvieron en vigor desde 1902 hasta el año de 1907.

En ese año de 1907 se decreta la Nacionalización de los Servicios sanitarios hasta entonces entregados a los Municipios, y, al implantarse en Enero de 1909 la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, se creó la Secretaría de Sanidad y de Beneficencia, que puso en manos de un Secretario del Despacho Presidencial, y de los dos

Directores, uno de Sanidad y otro de Beneficencia, los organismos sanitarios que se extienden como una red por toda la República.

Tan importante Organización, apenas iniciada cuando se verificó la última Conferencia Sanitaria Internacional, en 1911, que ponía la Sanidad Nacional a la altura de las demás Ramas de la Administración, ha continuado dando los mejores resultados en beneficio de la Higiene privada, pública e internacional.

A continuación se expresan las Leyes, ordenanzas y disposiciones sanitarias dictadas después de Noviembre de 1911 hasta la fecha:

DECRETO No. 1135. Gaceta 22 de Diciembre de 1911. Concediendo \$14,000.00 para continuar las obras del Lazareto de Cayo Duan.

Este Lazareto está en Santiago de Cuba, provincia oriental.

LEY 29 de Febrero de 1912. Promulgando la Ley de Farmacia.

DECRETO No. 280. Gaceta 22 de Marzo de 1912. Transfiriendo 14 mil 487 pesos 85 centavos para el hospital de Dementes.

RESOLUCION. Gaceta 22 de Marzo de 1912. Declarando sin lugar la alzada de los Panaderos contra medidas sanitarias.

RESOLUCION. Gaceta 27 de Mayo de 1912. Declarando sin lugar la alzada sobre viviendas en los Mercados.

DECRETO No. 556. Gaceta 21 de Junio de 1912. Declarando insalubre la Ciénaga de Zapata.

DECRETO No. 683. Gaceta 27 de Julio de 1912. Cuarentenas en Tricornia por peste bubónica. (Nuestra epidemia se había declarado en el mes anterior, junio de 1912; terminó en 1915).

DECRETO No. 943. Gaceta de Octubre de 1912. Reglamentando el Servicio de Agua para la Habana.

DECRETO No. 1133. Gaceta 7 de Enero de 1913. Reglamento para los Acueductos de Santiago de Cuba, Pinar del Río y Trinidad.

LEY. Gaceta 24 de Enero de 1913. Sobre la inamovilidad de los Empleados.

DECRETO No. 24. Gaceta 14 de Enero de 1913. Disponiendo la recogida de basuras en carros y envases especiales.

LEY. Gaceta 12 de Marzo de 1913. Creando la Inspección general de Beneficencia.

DECRETO No. 229. Gaceta 12 de Marzo de 1913. Decretando la cuarentena contra las Islas Canarias, por la peste bubónica, recibiendo los pasajeros en Triscornia.

LEY. Gaceta 27 de Marzo de 1913. Creando los Supervisores Provinciales de Sanidad. (Fueron seis: uno para cada provincia).

DECRETO No. 304. Gaceta 4 de Abril de 1913. Designando a los Doctores Guiteras, Duque, López del Valle y Barnet, para hacer el Reglamento de los Supervisores Provinciales.

DECRETO No. 310. Gaceta 7 de Abril de 1913. Creando la Escuela de Comadronas en el Hospital de Camagüey.

DECRETO No. 480. Gaceta 10 de Mayo. Reglamento para los Supervisores de Sanidad.

DECRETO No. 481. Gaceta 10 de Mayo de 1913. Promulgando el Reglamento de Farmacia.

DECRETO No. 530. Gaceta 17 de Mayo de 1913. (Edición extraordinaria). Promulgando las Ordenanzas Sanitarias.

DECRETO No. 540. Gaceta 19 de Mayo de 1913. Creación del Negociado de Farmacia.

DECRETO No. 529. Gaceta 17 de Mayo de 1913. Reglamento de Baños y Aguas Minero-Medicinales.

REGLAMENTO. Gaceta 19 de Mayo de 1913. Reglas para los Inspectores Generales de Sanidad y Beneficencia.

DECRETO No. 603. Gaceta 22 de Mayo de 1913. Dictando reglas sobre los inmigrantes chinos.

DECRETO No. 52. Gaceta 24 de Mayo de 1913. Declarando extinguidos los servicios de los Supervisores de Sanidad.

DECRETO No. 93. Gaceta 30 de Mayo de 1913. Suspendiendo las Ordenanzas Sanitarias promulgadas por Decreto número 530 de 17 de Mayo de 1913.

LEY. Gaceta 7 de Julio de 1913. Concediendo \$65,000.00 para un Hospital en Guantánamo.

DECRETO No. 415. Gaceta 18 de Julio de 1913. Prorrogando hasta el 1.º de Octubre los efectos del Decreto sobre la entrada de los chinos.

DECRETO No. 441. Gaceta 23 de Julio de 1913. Organización del Servicio de Higiene Infantil.

(Esta organización ha producido en toda la República una efectiva benéfica influencia).

DECRETO No. 561. Gaceta 9 de Agosto de 1913. Trasládando la Secretaría de Sanidad y Beneficencia a la antigua casa de "Las Viudas".

DECRETO No. 746. Gaceta 5 de Septiembre de 1913. Destitución de la Comisión de Higiene Especial.

(Con este Decreto empieza la labor realizada por el Dr. Enrique Núñez, en su empeño de suprimir la Zona de tolerancia. La Comisión de Higiene Especial tenía la misión de atender al servicio de la vigilancia sanitaria de las prostitutas).

DECRETO No. 964. Gaceta 25 de Octubre de 1913. Dejando en suspenso el Reglamento de Higiene Especial.

DECRETO No. 989. Gaceta 29 de Octubre de 1913. Trasfiriendo \$1000.00 de Imprevistos para el Desayuno escolar.

REGLAMENTO. Gaceta 8 de Diciembre de 1913. Obligando al acometimiento de aguas y cloacas en Cienfuegos.

DECRETO No. 61. Gaceta 29 de Enero de 1914. Trasfiriendo \$1000.00 de distintos epígrafes, para el saneamiento de la ciudad de la Habana.

DECRETO No. 198. Gaceta 2 de Marzo de 1914. Disponiendo que el Ayuntamiento devuelva a Sanidad los fondos por concepto de Higiene especial.

DECRETO No. 350. Gaceta 12 de Marzo de 1914. Prohibiendo las descargas en los muelles de madera, durante la noche, para evitar la existencia de ratas.

DECRETO No. 273. Gaceta 20 de Marzo de 1914. Adquisición de la lona para las fumigaciones, por Administración.

DECRETO No. 457. Gaceta 27 de Mayo de 1914. Poniendo a la disposición de la Secretaría de Sanidad \$15,000.00, concedidos por la Ley de 4 de Febrero de 1914, para la Exposición de San Francisco.

DECRETO No. 541. Gaceta 20 de Junio de 1914. Transfiriendo \$7,000.00 a Obras Públicas, con cargo al fonde de epidemias, para el Hospital "Las Animas."

DECRETO No. 452. Gaceta 20 de Junio de 1914. Creando la Colonia Infantil de Tricornia.

DECRETO No. 569. Gaceta de Junio de 1914. Prorrogando el desembarco de chinos por los asuntos de México.

DECRETO No. 674. Gaceta 15 de Julio de 1914. (Edición extraordinaria). Poniendo en vigor las Ordenanzas Sanitarias.

DECRETO No. 1056. Gaceta 13 de Noviembre de 1914. Concediendo \$11,000.00 para el Desayuno escolar.

DECRETO No. 1058. Gaceta 13 de Noviembre de 1914. Concediendo \$3,000.00 para el Consultorio central de Higiene Infantil.

DECRETO No. 1072. Gaceta 16 de Noviembre de 1914. Suspendiendo las Ordenanzas Sanitarias, hasta el 1.º de Julio de 1915.

LEY. Defensa económica. Diciembre 31 de 1914.

DECRETO No. 32. Creación del Premio Nacional de Maternidad. 15 de Enero de 1915.

LEY. Médicos de cuarentenas adscriptos a los Consulados. 4 de Febrero de 1915.

LEY. Fabricación de seis Hospitales de Maternidad e Infancia. 3 de Abril de 1915.

DECRETO No. 474. Prohibición de la matanza de reses preñadas. 15 de Abril de 1915.

DECRETO No. 1028. Modificación del Reglamento de Farmacia. 9 de Agosto de 1915.

DECRETO No. 1032. Ocupación del Salvarsán por Sanidad. 9 de Agosto de 1915.

REGLAMENTO de Quiropedistas. 24 de Septiembre de 1915.

REGLAMENTO de Escuelas libres de Enfermeros. 1º de Septiembre de 1915.

DECRETO No. 1773. Reglamento de Abasto de Leche. 29 de Diciembre de 1915.

DECRETO No. 560. Sobre importación de drogas heroicas. 8 de Mayo de 1916.

LEY. Sobre accidentes en el trabajo. 16 de Junio de 1916.

DECRETO No. 914. Concurso de trabajos sobre mortalidad infantil. 24 de Julio de 1916.

LEY. Sobre Inmigración libre. 4 de Agosto de 1917.

DECRETO No. 1753. Reglamento de Comadronas. 8 de Noviembre de 1917.

DECRETO No. 2004. Restricciones sobre Paludismo. 11 de Diciembre de 1917.

DECRETO No. 935. Concurso de Viviendas Campestres. 13 de Junio de 1918.

LEY. Concediendo \$250,000.00 para Paludismo. 13 de Julio de 1919.

LEY. Ampliación y mejoras de Hospitales. 1.º de Agosto de 1918.

LEY. Sobre Drogas nocivas. 28 de Julio de 1919.

LEY. Concediendo \$200,000.00 para el Hospital "Las Animas". 12 de Agosto de 1919.

DECRETO No. 1187. Reglamento para la Ley de Narcóticos. 29 de Agosto de 1919.

LEY TURISMO. 12 de Agosto de 1919.

DECRETO No. 1426. Reglamento para la Venta de Pescado. 11 de Octubre de 1919.

DECRETO No. 1160. Terrenos para una Planta de Desinfección modelo.

DECRETO No. 96. Fabricación del nuevo Centro de Vacuna y del Establo de Observación. 26 de Enero de 1920.

2º—ADOPCION DE LAS RESOLUCIONES TOMADAS POR LAS CONFERENCIAS ANTERIORES.

Tengo la mayor satisfacción en declarar que Cuba ha correspondido como debía a la Convención aceptada *ad referendum* en la Segunda Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, celebrada en Washington, el 14 de Octubre de 1905, Convención ratificada por el Gobierno de Cuba en DECRETO número 528, publicado en la Gaceta Oficial en 10 de Mayo de 1907.

Igualmente se han tenido en cuenta las resoluciones votadas en las seis Conferencias habidas, y a las cuales concurrieron, siempre, Delegados, con poderes amplios para discutir las cuestiones con carácter oficial.

Con el mayor escrúpulo se ha hecho la declaración oficial, para los efectos internacionales, de las Enfermedades epidémicas habidas en nuestro territorio. Nuestro criterio en este particular es, preferir la denuncia de situaciones sospechosas graves, apenas se presentan, a reserva de rectificar o ratificar, posteriormente, según lo que resulte del estudio más detenido, definitivo, del caso o casos que justificaron la alarma.

Como en el transcurso de esta Memoria se verá, preferimos actuar cuando están justificadas las medidas prudentes de prevención, aunque resulten inútiles, a que, por no hacerlo así, vengan los males graves de una propagación epidémica interior.

3º—ENUMERACION DE LAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS QUE HAYAN TENIDO DESPUES DE LA QUINTA CONFERENCIA (EN ESPECIAL LA "GRIPPE") MEDIDAS ADOPTADAS PARA EVITAR SU PROPAGACION, NUMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES.

Viruela.

Del grupo de las enfermedades transmisibles graves a declara-

ción obligatoria, en Cuba hemos tenido, entre las no comprendidas en los párrafos especiales del Programa, únicamente, a la viruela.

La viruela desapareció por completo hacia los años 1899-1900, gracias a las enérgicas medidas profilácticas que se adoptaron. Desde esa fecha hasta el año de 1919, es decir, durante diez y nueve a veinte años, hemos estado libres de ella, puesto que no son de tomarse en cuenta desde el punto de vista sanitario, ya que no formaron focos, dos casos habidos en los años 1904 y 1914, respectivamente, entre el personal del Hospital "Las Animas" donde se aíslan las enfermedades transmisibles, empleados que se sustrajeron a la revacunación ordenada con motivo del ingreso de dos casos, importados, de viruela.

Sin embargo, en el año de 1919 logró entrar desapercibida, a pesar de la estricta vigilancia de nuestra Sanidad Marítima. El brote comenzó en Agosto de 1919 y produjo, en conjunto, 56 invasiones, contando con el caso original importado de España. Con medidas de vacunación y revacunación reforzadas y con las de aislamiento y desinfección parece haberse dominado el brote, pues la última invasión tuvo lugar el 2 de Marzo de 1920 sin que se haya registrado ningún caso nuevo hasta la fecha en que escribo este trabajo, es decir, desde hace ocho meses.

Es punto que debe de preocupar al higienista moderno, que la más dominable de las enfermedades transmisibles por el medio profiláctico por excelencia—vacunación antivariolosa,—continúe siendo una amenaza constante mundial. Es cierto que la vacunación obligatoria debiera ser suficiente para desterrarla del mundo. Pero, a pesar de ser obligatoria, y por más propaganda que se haga para lograr que voluntariamente se busque ese medio profiláctico, resulta cuando se llega, como nosotros, a una indemnidad absoluta, por tantos años, que la confianza mostrada ante la limpia situación, da lugar al abandono tanto de la petición voluntaria como de la imposición de la vacuna, de manera que al presentarse la enfermedad, encuentra un contingente bastante crecido de no vacunados, susceptibles de contraer la infección en ese período de sorpresa epidémica.

Por otra parte, es digno de anotarse, que la exigencia de la revacunación en períodos cada vez más cortos, con linfa antivariolosa animal, en países de alto concepto sanitario, señala desconfianza en la duración de su poder profiláctico. ¿Por qué? ¿Se desvirtúa progresivamente su acción inmunizante?

Grippe.

Al pedir el Programa provisional que cuando se enumeren las Enfermedades contagiosas, etc., se haga en especial de la "grippe", presupone que nos debemos referir tanto al proceso patológico autóctono, habitualmente poco mortífero, que por circunstancias especiales, algunos años, aumenta la mortalidad, conocido en esa forma banal con el nombre de "grippe", cuanto, también, al que en estos últimos años—1918-1919—se presentó en forma pandémica, con tal ímpetu y gravedad, que de nuevo ha hecho pensar si se trata de la misma grippe exacerbada por funestas alianzas microbianas, o de alguna nueva entidad a desconocido agente etiológico.

La historia de la grippe en Cuba parece señalar que la habitual y la pandémica son una misma enfermedad, y por lo tanto, que el agente causal es uno mismo para ambas. En efecto, en Cuba nos quedó la grippe simple como legado de la gran pandemia que, al recorrer el mundo azotó la Isla, de 1889 a 1890. En esa fecha se presentó por primera vez, causando una gran alarma lo difusible y mortífero de esa anteriormente para nosotros desconocida enfermedad. Pasado el brote pandémico quedó en su forma simple, benigna, con brotes ocasionales, intensos, aunque no alarmantes, sin que figurara en nuestras estadísticas sanitarias hasta el año de 1900; forma benigna que se fundió con la forma pandémica que nos acaba de visitar desde 1918 hasta principio de 1920, en que, al cesar otra vez el tipo pandémico, recuperó, hasta la fecha, el simple habitual.

Los referidos recrudecimientos y la última pandemia se destacan, perfectamente, de los cuadros estadísticos de mortalidad que copio de los trabajos del Jefe de Demografía del Departamento, Dr. J. Le Roy. Veamos:

ESTADISTICA DE MORTALIDAD POR "GRIPPE" E "INFLUENZA" EN LA REPUBLICA DE CUBA

Años	Defunciones	Años	Defunciones	Años	Defunciones	Años	Defunciones
1902....	163	1907....	411(')	1912....	354	1917....	394
1903....	109	1908....	232	1913....	389	1918....	5397('')
1904....	160	1909....	312	1914....	404(')	1919....	1413('')
1905....	233	1910....	546(')	1915....	341		
1906....	176	1911....	399	1916....	499(')		

El signo (') señala los recrudecimientos; el signo (''), la pandemia.

Hay que advertir que de las 1,413 defunciones de 1919, corresponden 1,284 defunciones a los primeros meses del año, y sólo

165 a los seis u ocho meses restantes. En el cuadro anterior se precisan los cuatro recrudecimientos correspondientes a los años de 1907, 1910, 1914 y 1916, y las grandes cifras de mortalidad de la pandemia en los años de 1918 y 1919.

Igualmente demostrativo es el cuadro de defunciones, por gripe e influenza, de la Habana, según se ve a continuación:

ESTADISTICA DE MORTALIDAD POR "GRIPPE" E "INFLUENZA"
DE LA HABANA

Años	Defunciones	Años	Defunciones
1900	64	1910	123 Recrudecimiento
1901	25	1911	79
1902	53	1912	83
1903	26	1913	70
1904	32	1914	71
1905	67	1915	55
1906	53	1916	93
1907	101 Recrudecimiento	1917	92
1908	69	1918	526
1909	89	1919	218
		1920	175 (enero a marzo)
			18 (abril a agosto)

Obsérvese cómo en 1907 y 1910 se presentan dos recrudecimientos que influyen en las cifras de la mortalidad general por gripe, de la República, para esos años, según hemos visto en el cuadro correspondiente a esa mortalidad general, y cómo el brote pandémico que empieza en 1918 dura hasta marzo de 1920.

La marcha de nuestra epidemia pandémica en la Habana, se aprecia mejor consultando el siguiente cuadro de mortalidad, según meses:

CUADRO DE MORTALIDAD POR "GRIPPE" E "INFLUENZA"
POR MESES EN LA HABANA

Años	1918	1919	1920
Enero	6	80	113
Febrero	1	43	50
Marzo	5	26	12
Abril	4	9	6
Mayo	11	2	5
Junio	27	11	3
Julio	12	7	1
Agosto	9	7	3
Septiembre	22	6	
Octubre	125	3	
Noviembre	167	10	
Diciembre	137	14	

Este cuadro muestra que el brote que empezó en la Habana en Octubre de 1918 durando hasta Marzo de 1919, pareció apagarse en los meses siguientes, para manifestarse de nuevo, aunque más ligero, en Enero, Febrero y Marzo de este año de 1920.

Los recrudecimientos gripales coincidieron, casi siempre, con esas causas especiales climatológicas que tanto predisponen a contraer una gripe fatal, a cuantos tienen rebajadas sus resistencias, por tuberculosis, edad, o miseria; en cambio las tan elevadas cifras de la mortalidad, correspondieron a la específica actuación de la epidemia venida de fuera (pandemia), que, al contrario, hizo estragos, principalmente, entre los adultos, fuertes, comprendidos entre los 20 y los 40 años de edad.

Calcular tan siquiera aproximadamente el origen de nuestra epidemia, es difícil, por ser imposible fijar cuál fué el primer caso importado de la pandemia llamada "influenza española", aunque sí podemos señalar, como luego veremos, los lugares peligrosísimos que nos enviaron numerosos casos. Todos conocemos que, justamente, la gran dificultad en dictar reglas medianamente efectivas profilácticas, estriba, en que no son sólo las formas aparatosas de la bronconeumonía las únicas graves en sentido sanitario, pudiendo ser otras mucho más benignas, y hasta ambulatorias, más peligrosas desde el punto de vista de la transmisión. La gripe es peor que la viruela en ese sentido, pues la viruela siempre se señala; y en punto a difusibilidad de la transmisión, a la multiplicidad de los medios de regarse, no se diferencian.

Por desgracia, los métodos de laboratorio—diagnósticos bacteriológicos o bioquímicos—nada dicen, encontrándonos colocados como higienistas, frente a la gripe, en condiciones de verdadera impotencia, pues no tenemos más medios que los generales, amplios, para tratar de envolver en múltiples mallas a la infección, cuyo control es imposible hacerlo con la eficacia y seguridad con que procedemos con otras enfermedades transmisibles, fiebre amarilla, peste, cólera, etc.

La historia de la pandemia parece demostrar, que una vez regada, no termina sino por agotamiento del material infectante. Se asemeja a la coqueluche y al sarampión en su velocidad de propagación, y en que sólo deja el campo invadido, cuando acaba su obra de exterminio o de inmunización.

*

* *

El estudio de nuestra epidemia pandémica paralelamente con

el estudio del movimiento habido en puerto con respecto a los casos de influenza venidos del extranjero, es de lo más interesante, por la relación que marca entre uno y otro suceso, y porque da luz sobre las posibles procedencias de la infección.

En los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio de 1918, nada especialmente grave encontramos en el examen de los barcos. En esos cinco meses llegaron a la Habana, tan sólo diez casos diagnosticados de "grippe", y dos de "neumonía y pulmonía", procedentes de 10 distintos lugares: Rangoon (2), Newportnew (1), Boston (1), New York (1), Progreso (2), Key West (2), Canarias (1), Puerto Limón (1), Veracruz (1).

Ya en agosto de 1918 llegó de Coruña un individuo con bronconeumonía de carácter epidémico, grave, y al mes siguiente, septiembre, es que se declara abiertamente el peligro de la invasión, al venir 87 casos de influenza, de sólo cuatro procedencias: New York, Progreso, New Orleans y Coruña. Los casos procedentes de New York y Progreso fueron pocos, 5 y 1 respectivamente; en cambio los procedentes de Coruña, en el vapor "María Cristina", que tuvo muchos fallecidos en la travesía, fueron numerosos, ingresando en el Hospital "Las Animas" 46 casos entre el día de la llegada, 5 de septiembre, y los dos días siguientes; y también fueron numerosos—34 casos—los procedentes de New Orleans, llegados cinco días después de los de Coruña—10 de septiembre,—en el vapor "Carri-lló". Y en efecto, en ese mes estalla la pandemia en la misma Habana, señalándose ya con 22 defunciones.

Desde esa época, septiembre de 1918, en que de manera tan visible se mostró el peligro de invasión marítima, hasta junio de 1920 en que terminó, en ese año y nueve meses, llegaron a la Habana, 545 casos, como sigue:

1918	1919	1920
	Enero 5 casos	Enero 23 casos
	Febrero . . . 45 "	Febrero . . . 25 "
	Marzo 22 "	Marzo 20 "
	Abril 9 "	Abril 12 "
	Mayo 0 "	Mayo 16 "
	Junio 35 "	Junio 5 "
	Julio 9 "	
	Agosto . . . 19 "	
Septiembre . 87 casos	Septiembre . 17 "	
Octubre . . . 90 "	Octubre . . . 0 "	
Noviembre . 10 "	Noviembre . 46 "	
Diciembre . . 14 "	Diciembre . 36 "	
201 casos	243 casos	101 casos

Los 201 casos del año de 1918, señalaron, además de las procedencias referidas antes para el mes de septiembre, en los demás meses, a Norfolk, Key West, Mobila, Boston, Veracruz, etc., con cifras que variaron, por viaje, entre uno y siete casos. Por el contrario, de los 243 casos del año de 1919, sólo 7 procedieron de Mobila y Key West, correspondiendo la gran cifra de 236, exclusivamente, a procedencias españolas—Coruña principalmente.— También son de procedencia española los 101 casos correspondientes a 1920.

Los barcos que mayor contingente dieron, constituyendo algunos, mortíferos focos náuticos, fueron: “María Cristina” (España), 46 casos, llegado en 5 de septiembre de 1918; “Carrillo” (New Orleans), 33 casos, en 10 de septiembre de 1918; “Infanta Isabel” (España), 26 casos, en 5 de febrero de 1919; “Alfonso XII” (España), 17 casos, llegado en 6 de febrero de 1919; “María Cristina” (España), 22 casos, en 8 de marzo de 1919; “Alfonso XII” (España), 21 casos, en 5 de junio de 1919; “Venezuela” (España), 10 casos, en 16 de junio de 1919; “Alfonso XII” (España), 19 casos, en 2 de agosto de 1919; “Infanta Isabel” (España), 23 casos, en 23 de noviembre de 1919; “Alfonso XIII” (España), 11 casos, en 29 de noviembre de 1919; “Alfonso XII” (España), 12 casos, en diciembre de 1919; “Flandre” (España), 9 casos, en diciembre de 1919; “María Cristina” (España), 12 casos, en enero de 1920; “Infanta Isabel” (España), 14 casos en febrero de 1920.

Las medidas puestas en práctica para impedir su propagación, han sido las generales sanitarias: consejos profilácticos al enfermo y al sano, basados en el peligro de contaminación por las excreciones buco-nasales; y una actuación lógica con respecto a los focos: envío de los enfermos al Hospital de aislamiento y fumigación consiguiente de las naves y de las casas infectadas.

Que esas medidas así, generales, dieran como resultado la desaparición de la epidemia, yo lo dudo mucho. El Dr. J. Guiteras, en un trabajo sobre “La gripe en Cuba en la epidemia de 1918-19”, declaraba que no conocíamos el modo de propagarse la gripe, ni tampoco los medios para impedir su propagación, “visto el fracaso completo de las medidas más enérgicas en todas partes del mundo (particularmente en España, donde se habían extremado locamente medidas cuarentenarias, y los campamentos militares en los Estados Unidos donde el saneamiento e higienización eran perfectos).”

4.—CONSIDERACIONES RELATIVAS A LA APARICION Y DESARROLLO DE LA PESTE BUBONICA Y DEL TIFUS EXANTEMATICO; PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS PARA COMBATIRLOS Y SUS RESULTADOS.

Tifus exantemático.

No nos ocupamos del tifus exantemático, agregado al Programa provisional en Septiembre de este año, pues ni existe ni ha existido en Cuba como enfermedad autóctona.

En 1916 ingresó un caso en el Hospital de aislamiento "Las Animas", procedente de Vigo, probablemente infectado en Portugal donde reinaba con intensidad el tifus exantemático.

Peste bubónica.

En la actualidad Cuba está amenazada directamente, por la peste bubónica que se ha desarrollado epidémicamente en varios puertos del Golfo mexicano, sin contar con el foco, más o menos activo, a intermitentes brotes humanos, de New Orleans.

Justificadas están, pues, las medidas enérgicas de vigilancia y protección impuestas contra las procedencias de esos lugares.

Estudio epidemiológico.

Nuestra única epidemia de peste bubónica ocurrió de 1912 a 1915. Se presentó en la Habana en Junio de 1912, en un primer brote que se extinguió ya en Julio de ese mismo año. Un año y ocho meses después, en Febrero de 1914, vuelve a presentarse otro brote, en la Habana, y en algunos pueblos vecinos, durando hasta junio; pasa a Santiago de Cuba de Junio a Septiembre, en cuyo último mes parece extinguirse. Reaparece en Febrero de 1915, en la Habana, y con dos casos más presentados en Pinar del Río, desaparece por completo en Julio de 1915.

Hemos creído que esos tres grupos de casos pertenecen a una misma epidemia que se mantuvo desde 1912 hasta 1915, y no a tres diferentes importaciones. En la ponencia que desarrollé ante el III Congreso Médico Nacional de Cuba—Diciembre de 1914—Enero 1915—estudio la cuestión de manera extensa. Señalé, militando en favor del recrudecimiento, numerosos argumentos de posibilidades que explicaran el interregno de aparente desaparición: 1.º La destrucción de gran parte de la población murina que reduce, durante algún tiempo, el caudal infectable; 2.º La posible inmunización de otra parte de la población murina que quedó diezmada por la epidemia; 3.º La posible atenuación del germen pestoso murino; y 4.º La permanencia en los focos combatidos, al desaparecer la peste aguda murina, de alguna que otra rata atacada en

forma crónica, de la llamada *resolving plague*. Vigoriza esa creencia de una sola epidemia, el hecho de que los primeros casos del brote de 1914 se presentaron en los mismos lugares que constituyeron el reducido foco del brote anterior de 1912.

Sin embargo, a pesar de ese lógico criterio unitario, las actuaciones sanitarias se encaminaron a cerrar el paso a ambas posibilidades.

Sin entrar en detalles que no darían mayor interés al asunto, presento las cifras estadísticas, englobadas para toda la epidemia,—Junio 1912—Abril 1915—de los casos ocurridos en toda la Isla: Habana, Santiago de Cuba (Capital de la provincia oriental), y Pinar del Río (Capital de la provincia occidental).

1912. Junio-Julio en la Habana	4	casos de los que 3 murieron
1914. Febrero-Junio en la Habana	27	„ „ „ „ 6 „
1914. Junio-Septiembre en Stgo. de Cuba .	16	„ „ „ „ 4 „
1915. Febrero-Julio en la Habana	19	„ „ „ „ 9 „
1915. Abril en Pinar del Río	2	„ „ „ „ 1 murió
Total de 1912 a 1915	68	casos 23 murieron

La mortalidad, pues, fué de 33'80 por 100.

Origen.

Aunque indudablemente la epidemia sorprendió, no dejaban de presentir desde hacía algún tiempo el peligro las Autoridades sanitarias. Ya en 1910 el Dr. J. T. Cartaya, Vice-Director del Hospital "Las Animas", al recorrer Canarias y Barcelona con motivo del cólera, fué encargado de indagar en dichos lugares la posible ocurrencia de la peste bubónica, sin que hallase nada confirmativo. Más tarde en 1912, preocuparon a nuestra Secretaría las procedencias de Canarias, de donde se tenía noticia—sin que ninguna declaración oficial de parte de las autoridades sanitarias españolas asegurase lo que de manera confidencial se señalaba—de que había peste bubónica. Y por último, en 1912, al declararse oficialmente la existencia de la peste en Puerto Rico, preparándose el Departamento sanitario a enviar un Delegado a que estudiase la situación, surgieron los primeros casos de nuestra epidemia.

En casi todas las epidemias, es muy difícil asegurar que los primeros casos vistos son los primeros presentados en la localidad. Por lo general, hay que reconsiderar, retrospectivamente, hechos y casos que pasaron desapercibidos, o que se interpretaron falsamente, apenas aparecen los que señalan la epidemia de una manera categórica. Así sucedió en la Habana, en 1912, en que una insólita mortandad de ratas habida en las casas Obispo núm. 7 y Oficios núms. 1, 3, 6 y 8, situadas en la parte vieja de la ciudad, cerca de

los muelles, en el distrito comercial, sin que se hubieran colocado "postas" venenosas, no fué oportunamente declarada al Departamento, como, tampoco llevaron diagnósticos que hicieran sospechar la verdadera infección que les produjo la muerte, dos casos, Carlos Orejas, de Oficios 1 y 3 y Narciso García, de Oficios 8, ambos fallecidos en dos días de enfermedad.

El Departamento sanitario había llamado la atención en diversos escritos sobre la importancia de la exploración ganglionar y de la declaración de cualquier adenitis sospechosa, cuando el 2 de Julio de 1912 pidió ingreso en el Hospital No. 1, un individuo, Vicente Méndez Guerra, de oficio caballero, español, de 47 años de edad, y vecino de Mercaderes 2, casa que, aunque no había presentado mortandad de ratas, se encuentra en la zona comercial no lejos de las anteriores señaladas. El enfermo presentaba un ganglio crural, y el Dr. Mignegaray que lo recibió, guiado por su juicio clínico, lo juzgó sospechoso de peste. El examen del jugo ganglionar dió, inmediatamente, la prueba bacteriológica, haciéndose posteriormente la identificación del germen por los cultivos y la experimentación animal. Después se confirmaron dos más, el 8 y el 14 de julio, respectivamente, ambos casos procedentes de la casa Baratillo núm. 2, próxima a las de Oficios 1 y 3 y Obispo 7.

En resumen: los cuatro casos confirmados que se registraron en 1912, procedieron de una zona bastante limitada de la población.

Ya en los brotes siguientes, 1914 y 1915, hubo alguna mayor dispersión, originándose focos—algunos muy rebeldes a la acción sanitaria—en diversos lugares, pero todos los de la ciudad de la Habana dentro de una zona cuyas condiciones eran las más convenientes para mantener la epidemia murina.

Esta zona quedó siempre circunscripta a la denominada Habana vieja, en cuyas casas de paredes antiguas, gruesas, de llamada "mampostería", fabrican las ratas, extensas cuevas que, luego, subterráneas, en un subsuelo cubierto de un piso en esa época no arreglado a prueba de ellas, permiten su fácil circulación, su pase a otras casas, a los aljibes abandonados, pozos negros mal tapados, o al antiguo sistema de drenaje por donde pueden hacer peregrinaciones lejanas.

La dispersión a Santiago de Cuba y a Pinar del Río no ha podido ser determinada. Lo probable es que se verificase por la introducción de alguna rata pestosa dentro de alguna caja de mercancía, puesto que en ambas localidades se encontró conexión entre los focos allí presentados, establecimiento de víveres, y establecimientos infectados de los focos de la Habana de los que se surtían. En Pi-

nar del Río, cuando se fumigó la zona localizada en que ocurrieron dos casos, se encontraron en el establecimiento de víveres del que salió uno de ellos, varias ratas momificadas.

Por lo que acabamos de ver, podemos afirmar, en resumen, que en nuestra epidemia el caso humano ha sido el revelador de los focos de peste murina.

Peste murina.

El número de ratas capturadas desde que se estableció, en 1912, el Servicio de Desratización, con motivo de la epidemia, hasta la fecha en que escribimos esta Memoria, Octubre de 1920, ha sido considerable. De ellas se examinaron, siempre, grandes cantidades, con objeto de localizar la enfermedad. En el siguiente cuadro puede apreciarse la magnitud de los trabajos verificados:

NUMERO DE RATAS CAPTURADAS EN LA HABANA Y DE LAS EXAMINADAS EN EL LABORATORIO

Año	Ratas capturadas	Ratas examinadas	Porcentaje de las ratas examinadas
1912	18,287	5,587	30.55 por 100
1913	No se desratizó	No se desratizó	
1914	59,636	25,000	41.92 „ „
1915	50,518	27,852	55.13 „ „
1916	49,553	28,891	58.30 „ „
1917	29,378	14,446	49.17 „ „
1918	30,750	4,963	16.13 „ „
1919	23,420	2,474	10.56 „ „
(1) 1920	27,732	6,925	24.97 „ „
	289,274	116,138	

Según se ve por el cuadro anterior, la desratización y el examen de ratas se mantuvieron elevados durante los años 1916 y 1917, a pesar de haber terminado la epidemia en 1915; después, en 1918 y 1919, se examinaron el 16.13 y el 10.56 por 100 de las capturadas. En este año se ha vuelto a elevar la captura (27.732) y el examen (6.925), séase el 24.97 por 100 de las capturadas, por haberse reforzado la vigilancia con motivo de la amenaza que nos rodea de los puertos del Golfo mexicano infectados.

Las ratas capturadas en toda la República, sin contar las de la Municipalidad de la Habana, se expresan a continuación:

1915	173.480
1916	154.063
1917	91.434
1918	45.170
1919	21.127
1920 (hasta el 1.º de Octubre)	21.303

(1) Hasta el 1.º de octubre en que adquirí estas notas.

Lo que ha sido verdaderamente notable es el muy exiguo número de ratas pestosas encontradas durante toda la epidemia. Y, podemos afirmar, que la técnica de examen murino no hubiera dejado escapar una sola positiva.

Resulta curioso que, por ejemplo, en la Habana, en la época de mayor fuerza del brote de 1914, sólo encontramos dos ratas infectadas, las dos de un mismo lugar, y en Santiago de Cuba, en cambio, se encontraron cinco pestosas, cuando aun no había llegado el examen murino a varios centenares.

Yo creo que se explica esta rareza en encontrar ratas infectadas, cuando, como ocurrió en la Habana, la campaña sanitaria destructiva de la infección epizootica se anticipa a la organización del Servicio del examen de ratas. Además, en la Habana, en donde las ratas hacen habitual vida y circulación subterránea, es lógico que quedaran sin ser capturadas al morir por la enfermedad o por los efectos de la fumigación. No contradice lo anterior, el hecho de que el brote de 1912, fué precedido por mortalidad insólita de ratas, pues esto sucede cuando la infección cae, o se renueva, entre gran número de ratas inmunes, que han de dar en la primera explosión, con las formas más agudas, muestra numerosa de la contaminación, pero después, cuando el foco murino ha sido diezmado e inmunizado, sólo podrá señalarse la infección murina en algún caso aislado que venga a morir fuera de la cueva.

Justamente puede decirse que la captura individual, frecuente, de ratas infectadas, señala una muy grave epizootia desde el punto de vista de su erradicación.

Formas clínicas.

La forma clínica, fué la bubónica, crural o inguinal, en todos los casos, menos en uno que mostró la forma cutánea con típico carbunclo pestoso.

Dos casos tuvimos particularmente benignos; y sólo uno, muy agudo, fatal, septicémico, de sólo dos días de enfermedad. Los demás fueron del tipo habitual grave.

Procedimientos empleados para combatir la epidemia.

El plan de campaña antipestosa se estableció de la siguiente manera: A) Medidas encaminadas a buscar los focos pestosos: investigación de los casos humanos y de las ratas infectadas; B) Medidas adoptadas para la destrucción de los focos; C) Medidas profilácticas.

A) Medidas encaminadas a buscar los focos de peste.

Como muy bien expone el Dr. Guiteras en el trabajo sobre "En-

fermedades transmitidas por insectos en Panamérica”, “los factores de éxito en las campañas antipestosas son principalmente dos: el reconocimiento y la pronta declaración de la existencia de casos de Peste, ya sean humanos o murinos, y el mantenimiento de una bien organizada persecución de ratas, particularmente en los lugares donde haya razones para sospechar la existencia de ratas infectadas.”

Con objeto de investigar la peste se establecieron tres completos servicios: 1.º Busca de los casos humanos; 2.º Desratización; 3.º Servicio de examen bacteriológico para el diagnóstico de la peste humana y murina.

1.º *Servicio en busca de los casos humanos.*

Este servicio se instituyó ampliando los recursos propios del Departamento, de la manera siguiente: a) promulgando una orden de declaración obligatoria de todos los casos de adenitis sospechosa; b) haciendo operar a gran número de médicos del Departamento para la investigación de todo caso denunciado confidencialmente, u oficialmente señalado.

Ni la declaración obligatoria de los casos humanos de peste bubónica o sospechosos de padecerla, ni su busca por nuestros médicos inspectores se hace con el objeto primordial de ordenar su aislamiento sanitario,—siempre exigido por extremar las precauciones profilácticas,—puesto que el mecanismo de transmisión directa de hombre a hombre, por los carbunclos, bubones o sangre, prácticamente no es de temerse, ya que resulta tan fácil de dominar como las transmisiones directas estafilococcicas, estreptococcicas, etc., siendo, también, la infección de una pulga, por un caso humano, como mecanismo de transmisión de hombre a hombre, aunque en el límite de lo posible, el más problemático de los sucesos. Se pide la declaración, y se busca el caso, por considerar de la mayor importancia sanitaria su descubrimiento, que puede señalar diversos focos nuevos, o el resurgimiento o rebeldía de focos ya sanitariamente combatidos. Vienen a ser los casos humanos, en definitiva, casos involuntariamente experimentales, tan denunciadores de la infección, como los curieles que ponemos en los lugares peligrosos, para corroborar, experimentalmente, la posible existencia de un foco sospechoso.

La labor inteligente de los inspectores es de gran utilidad; donde la busca es efectiva, los enfermos se recogen al principio de la enfermedad, son tratados desde temprano, con mayores probabilidades de curarse, y la pronta actuación sobre el foco, impide, muchas veces, que se presenten nuevos casos.

Naturalmente, tanto los casos denunciados por los médicos privados como los denunciados por los inspectores oficiales, son vistos por la Comisión de Enfermedades Infecciosas, organismo compuesto de cinco médicos, entre los que figuran el Director de Sanidad y el Jefe de Sanidad Marítima; Comisión que dictamina el *diagnóstico oficial* por el cual la autoridad sanitaria se sigue, para tomar, sin escrúpulos, cuantas medidas sanitarias son convenientes imponer.

2.º Servicio de Desratización.

El servicio de Desratización se organizó en la Habana a raíz de aparecer el primer brote epidémico.

Actuó, naturalmente, con preferencia, y con todos los elementos disponibles de combate, en la zona declarada infectada, haciendo una desratización contra la población murina supuesta infectada, sin dejar de prestar servicios de desratización general en los diversos distritos no infectados de la Habana. El Servicio quedó en pie después de terminada la epidemia, habiéndose intensificado su trabajo en estos últimos meses, ante la amenaza que tenemos de la peste bubónica existente en algunos puertos del Golfo mexicano.

La captura de las ratas se hace con ratoneras metálicas, estratégicamente colocadas por los expertos.

El Servicio está dirigido por un Jefe Médico, experto en enfermedades epidémicas, y un Subjefe, técnico, desratizador.

Para los efectos de la desratización general se ha dividido la Habana en seis Distritos, y en cada Distrito existe una Oficina a cargo de un Inspector, con el número de Obreros y material necesarios para el exterminio de las ratas.

Las ratas capturadas, se matan con el ácido cianhídrico, se embadurnan con petróleo, se les ponen unas tarjetas firmadas por el obrero capturador, en las que se consigna fecha y lugar de donde procede la rata, y se introducen dentro de un cartucho de papel grueso, que se cierra atándolo con un cordel. Estos cartuchos se colocan en receptáculos especiales de hierro, herméticamente cerrados, y previa la revisión del Inspector, se remiten, por la mañana y por la tarde, al Laboratorio de Investigaciones, cuyo centro informa a la Dirección de Sanidad y al Jefe del Servicio de Desratización, diariamente, del resultado del análisis realizado.

La desratización que en tiempo de epidemia se lleva al máximo, hoy está intensificada en los Muelles y Alcantarillado.

Existen cuatro Brigadas, formadas por cinco hombres cada una, las cuales atienden sus correspondientes distritos, y provistas de aparatos generadores de gas cianhídrico (V. Figura) y buena cantidad de cemento, arena y piedra dura, proceden a la inspección

de las casas, inyectando y obturando todas las cuevas de ratas o huecos que pudieran utilizar como refugio. El aparato inyector de gas cianhídrico a las cuevas, ideado por el Dr. Hugo Roberts, Jefe de Sanidad marítima, y que se explica por sí solo con ver la figura que se acompaña, lo creo uno de los factores más importantes en el éxito de la campaña antipestosa, por su efectividad y su fácil manejo.

De cada casa denunciada por estas Brigadas, se hace un expediente, y se notifica al inquilino la labor realizada por la Brigada, y al mismo tiempo, se le advierte, que de encontrarse cuevas de ratas en cualquier momento en la casa que ocupan, serán multados.

De las cuevas de ratas reportadas por las Brigadas de Inyección y Obturación, así como también por los Inspectores del Servicio de Desratización, se lleva un Libro Registro, donde se consigna la casa, número, nombre del inquilino, cantidad de cuevas, lugares donde se encuentran, y si han cometido los inquilinos faltas de reincidencia, señalando la resolución tomada por la Jefatura de Sanidad.

Conjuntamente con los desratizadores de los muelles, existe un Inspector general que tiene a su cargo el hacer cumplir a los Capitanes, Patronos y Casas consignatarias de toda clase de embarcaciones, el fiel cumplimiento de las disposiciones sanitarias relativas a "discos en los cabos de amarra", "planchas y escalas sobre los muelles", "comidas en embarcaciones menores", "basuras procedentes de los barcos", y todo lo que a limpieza de los referidos muelles se refiera, sin excluir de responsabilidad a los Administradores de las Aduanas.

Cuenta, igualmente, el Servicio de Desratización, con quince Inspectores de zonas, los que auxiliados por los seis Inspectores de las Brigadas desratizadoras, recorren diariamente, las demarcaciones que les están asignadas y participan en informes especiales, al Servicio de Desratización, aquellas casas que no cumplen las disposiciones sanitarias, prestando especial atención en los Almacenes de víveres y Forraje, en los Almacenes de Sacos y en los Establecimientos públicos.

En los Almacenes, sea cual fuere el giro a que pertenezcan, se les obliga al Baldeo diario de los pisos con soluciones desinfectantes, al desarrimo de las mercancías de las paredes a una distancia no menor de 50 centímetros, al perfecto funcionamiento de los servicios sanitarios, al uso de receptáculos metálicos, con tapa de cierre hermético para el depósito de las basuras, y prohibición de pisos y zócalos de madera.

El Servicio de Desratización de la Habana está Reglamentado

y en ese Reglamento no sólo se le enseña el fiel cumplimiento de sus obligaciones a cada cual, sino que instruye por las reglas que contiene, de acuerdo con las Ordenanzas sanitarias y disposiciones de la Dirección de Sanidad y de la Jefatura local de la Habana, de todo cuanto debe hacerse en tiempo de epidemia pestosa y cuanto en tiempo normal.

El Servicio de desratización hace, decenal y mensualmente, un Estado, de toda la labor que realiza, y una copia de ese Estado es repartida entre el cuerpo diplomático de la República.

El Artículo 19 de ese Reglamento, es muy instructivo, pues es una recopilación extractada de aquellos procedimientos que, precisamente, con tanto éxito se usaron para combatir triunfantes la epidemia.

La susceptibilidad extrema del curiel para la infección, lo ha hecho aprovechar como el denunciador ideal de los focos de peste. Sirven para revelar los focos ignorados, o para buscar entre varios lugares de contacto con un caso humano comprobado, cuál fué el que pudo dar origen a su infección. Igualmente, en fumigaciones de gran radio, en que se sospecha escaparan algunas ratas, pueden señalar la ruta de dispersión a las casas colindantes; y, también, para denunciar si quedó *viva la infección* en una vivienda, después de haber sido fumigada por existencia previa de la enfermedad.

Nuestros curieles se colocaban en los distintos lugares sospechados, durante horas, o días,—la noche es conveniente—, y, después, remitidos con las precauciones del caso—envoltura de las jaulas en papel de biombo—al Laboratorio.

Desde el año de 1914 al 1915 se instalaron más de trescientos curieles, resultando infectados cinco, que señalaron los siguientes focos: Compostela 150, Dragones 48, Oficios 7-A, Oficios 7-B, y Oficios 10.

3.º Servicio de examen bacteriológico para el diagnóstico de la peste humana y murina.

Este servicio es indispensable para darle toda la autoridad que requiere el diagnóstico, cuando se trata de dictar, tan graves, a veces, medidas sanitarias.

El servicio de examen bacteriológico de la peste estuvo a cargo del Laboratorio de Investigaciones, a donde se traía el material humano, recogido, casi siempre, por personal del propio Laboratorio, y a donde eran enviadas en tiempo de epidemia, y se envían aun, todas las ratas que se capturan con objeto de ser examinadas por peste.

Material humano.

Cuando la Dirección de Sanidad avisa, por haber sido declarado sospechoso un caso por la Comisión de Enfermedades Infecciosas, o porque lo desea para su propio conocimiento, va uno de los Médicos bacteriólogos a ver al enfermo, para extraer el material de estudio.

La recolección del material consiste, simplemente, en la extracción de fluido ganglionar por medio de una jeringuilla hipodérmica, con el que se hacen, a la misma cebecera del enfermo, dos "smears" y cultivos.

El examen de los smears, dió, muchas veces, prueba inmediata del diagnóstico, por la presencia de bacilos; pero en otras ocasiones en que el examen directo no fué todo lo comprobatorio que era de desearse, fueron los cultivos, a las 24 ó a las 48 horas, los que establecieron el diagnóstico.

Nunca usamos la experimentación en curiel para el diagnóstico del caso humano, pues se necesitan lo menos 6 ó 7 días para que se revelen las lesiones características, reservándola como óptima, en la identificación del germen aislado del exudado ganglionar por medio de cultivos.

Examen de ratas.

Las ratas se examinan en cuanto llegan al Laboratorio, en busca de las lesiones macroscópicas que dan las mejores pruebas de la infección. A la menor manifestación sospechosa, se recogen fragmentos de los ganglios y de las vísceras en un plato de Petri estéril, y se pasan al Laboratorio para las manipulaciones bacteriológicas que convengan, o para hacer el frottis al curiel si es necesario. Esta prueba curiel la empleamos, principalmente, cuando vienen ratas podridas de lugares sospechosos, en consideración al resultado positivo que da el curiel, por verdadera selección bacteriana, ya que el bacilo de la peste penetra fácilmente por la piel afeitada o simplemente depilada por arrancamiento.

De cada rata examinada se hace la clasificación y se anota su procedencia, enviando una lista, con los detalles, diariamente, al Servicio de Desratización y a la Dirección de Sanidad, señalando el resultado del examen: negativo, de sospecha, o en estudio.

B) Medidas adoptadas para la destrucción de los focos colectivos o singulares de la infección murina.

Reconocido el foco, empezamos la lucha contra el bacilo pestoso, en definitiva, combatiendo dos de sus agentes transmisores más difíciles de perseguir: rata y pulga.

Aunque prácticamente la rata es la verdadera propagadora

de la infección por la pulga que se desprende directamente de ella, consideramos a la pulga, individualmente, muy peligrosa, ya que infectada, puede ser transportada de un punto a otro por cualquier vehículo apropiado, como ha sucedido en algunos casos de nuestra epidemia, solamente explicables por su acarreo en "sacos" procedentes de una zona infectada. Esta convicción justifica el que dejemos a un lado, entre los procedimientos que se usan para destruir las ratas en los focos infectados o en los sospechosos,—en Sanidad marítima como en terrestre,—las sustancias que son únicamente desratificadas, como el monóxido de carbono, para aplicar las que destruyen al mismo tiempo las ratas y pulgas.

La fumigación en Sanidad terrestre, para peste, se hace con ácido cianhídrico o con azufre. El ácido cianhídrico es el preferido por nosotros, usándolo de la manera más simple y para superficies enormes, como exponemos en la parte 9.^a de esta Memoria, dedicada al Servicio de Desinfección.

Para emplear los gases sulfuroso o cianhídrico, cerramos los lugares que han de desinfectarse, con lonas grandes que cubren grandes espacios, abarcando a veces, muchos edificios. Tenemos entendido que las grandes fumigaciones con ácido cianhídrico son las más efectivas, sobre todo, si tras un estudio previo de las cuevas que pueden existir en el subsuelo, se atacan, también, una a una, con cianhídrico, y se obturan después con fragmentos de vidrio y cemento.

C) Medidas profilácticas.

Las medidas profilácticas se emplean lo mismo en tiempo de epidemia como fuera de él.

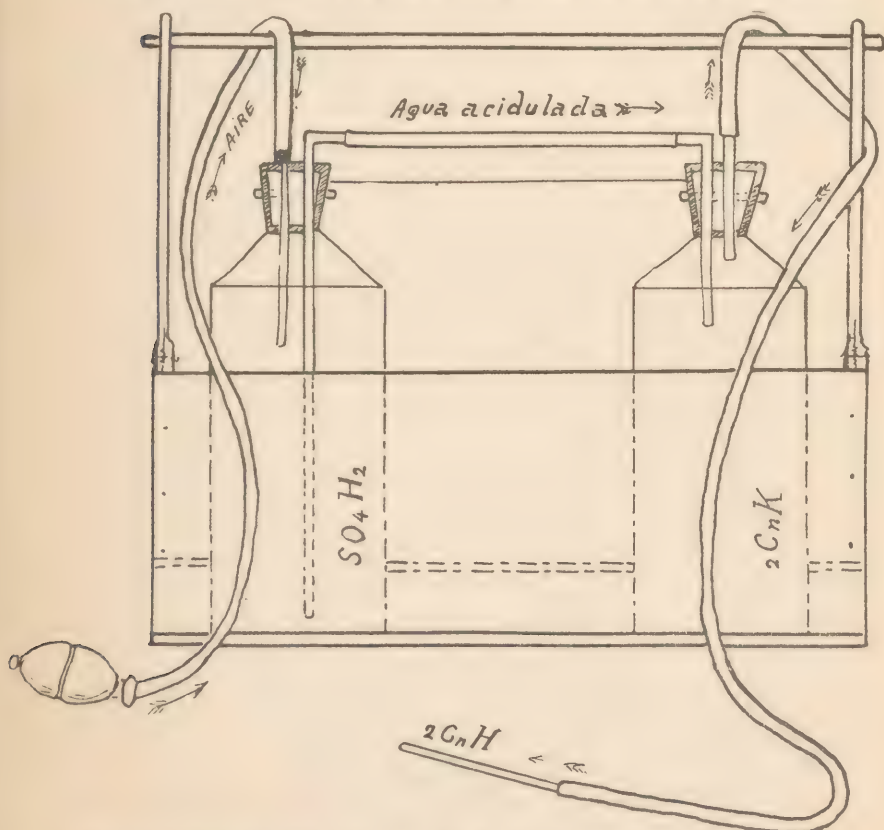
La medida profiláctica superior, en la peste, es la que se dirige a mantener una ciudad a un bajo nivel de ratas, y, para lograrlo, hicimos la guerra a las ratas por todos los medios imaginables: con ratoneras, venenos, fumigaciones parciales, obligando al más escrupuloso cumplimiento de las Ordenanzas sanitarias en lo que a la campaña no oficial corresponde: cementación de los pisos y zócalos a prueba de ratas, recolección de basuras y de desperdicios de frutas y comidas en la vía pública y en las casas, etc. Las Ordenanzas sanitarias exigen que los pisos tengan, por lo menos, cuatro *pulgadas de espesor* y el cemento de las paredes del zócalo hasta dos *pulgadas*.

En cuanto a la inmunización preventiva humana en tiempo de epidemia, por medio de las vacunas y del suero antipestoso, la empleamos sólo en aquellos que por estar en los Servicios sanitarios organizados contra la peste se encuentran en peligro de contraerla.

Pero, desde el punto de vista general, preferimos fiarnos de las medidas antimurinas, con tanta facilidad relajadas o abandonadas cuando se confía en que se ha logrado inmunizar artificialmente una población. Sin embargo, puede ser un proceder aceptable para resguardarse en y alrededor de los focos, cuando sorprende una epidemia, mientras se establecen las verdaderas actuaciones de la campaña antipestosa.

*
* *

En resumen, contra la peste, aun antes de llegar a establecerse



Aparato generador de ácido cianhídrico, ideado por el Dr. Hugo Robert, Jefe de Sanidad Marítima, y utilizado con gran éxito para la desratización de las cuevas durante la epidemia de peste, en la Habana.

Cárguese el frasco A con 120 c.c. de ácido sulfúrico y 480 de agua, y no se tape hasta que pierda el calor que desarrolle. Para cargar el frasco B, basta colocar 150 gramos de cianuro de potasio pulverizado. Esta carga es suficiente para generar gas para diez metros cúbicos.

como epidemia—como hacemos contra todas las enfermedades transmisibles—seguimos el precepto sanitario de actuar, y actuar rápidamente, desde que apareció la sospecha, esforzándonos desde entonces para que las medidas dictadas lograsen un éxito absoluto.

Mas nos ha importado, a veces, hacer una labor inútil—pero que la prudencia aconsejó—que arrepentirnos tardíamente de no haber procedido cuando era tiempo, en espera de demoradas confirmaciones. Es natural que esto no pueda hacerse donde la disciplina sanitaria popular no se ha formado, puesto que las restricciones traen aparejadas molestias grandes y hasta perjuicios económicos. La peste bubónica en Cuba fué la piedra de toque de esa disciplina popular aprendida con las intensas campañas contra la fiebre amarilla, pues tuvimos que proceder con una energía máxima, como pocas veces creo se ha desplegado, en ocasiones, por simple prudencia, en otras, por obligar a ello la rebeldía de la infección, mostrada y vuelta a mostrar en lugares atacados por los procedimientos habituales de combate.

Dos ejemplos darán una idea de lo que acabamos de decir.

En una zona de lo más comercial de la ciudad, donde se hacía rebelde la infección a las prácticas habituales, desinfecciones y tratamientos de las cuevas de las casas infectadas y de las colindantes, determinó el Departamento sanitario hacer una acción extensa, conjunta. Para ello ordenó la clausura, provisional, de 17 manzanas, y la suspensión de la vida en esa zona (V. plano adjunto). Como prueba de la rapidez de la acción y de la naturaleza de los recursos puestos en práctica, citaremos lo siguiente: La medida de clausura se dictó a las ocho de la mañana, y a las seis horas empezó la ejecución, quedando aquel mismo día realizada. Es decir, que se fueron cerrando, rápidamente, todos los establecimientos, incluyendo los bancos y otros muchos importantes de esa zona donde radican grandes almacenes y depósitos de mercancías de la Habana, y, también, numerosas casas de vecindad.

Verificada la clausura de las casas, se procedió a fumigarlas con cianhídrico, a cerrar con cemento todas las cuevas de ratas después de inyectarlas, una a una, con cianhídrico, y a su limpieza y saneamiento. Además, se inundaron las cloacas, que fueron objeto, por otra parte, de importantes trabajos de fumigación.

Dentro de la propia zona de clausura se estableció una Oficina sanitaria que tenía a su cargo todo lo relativo a los trabajos en la zona verificados. Para mantener en vigor la clausura y prohibir el tránsito público, en los límites del distrito clausurado se colocaron fuerzas del Ejército, con instrucciones severas a ese respecto.

Por otra parte, se estableció vigilancia médica sobre todos aquellos que salieron de la zona clausurada, y se ordenó que los pisos y paredes, fuesen construídos con cemento de por lo menos dos pulgadas de espesor, en el tiempo estrictamente necesario para ejecutar las obras. La clausura no se levantó hasta que quedaron todos los trabajos de fumigación, desratización, saneamiento y limpieza, totalmente terminados.

El otro ejemplo es el del incendio del Establo de Figuras. En este Establo, perteneciente a Obras Públicas, se guardaba todo el material destinado a la recogida de basuras y al barrido de calles. Ocupaba toda una manzana, es decir, un espacio de cerca de diez mil metros cuadrados. En él se capturaron dos ratas infectadas y se registraron cuatro casos entre los trabajadores del mismo, de los cuales, dos, prestaban servicios en el mismo establo, sin estar en contacto directo con las basuras. El día 23 de abril de 1914 se procedió a quemarlo.

El resultado, en ambos casos, fué absolutamente efectivo.



Plano del distrito comercial mandado a desocupar provisionalmente, y tratado, en un bloque, y de una vez, con múltiples medidas sanitarias contra la peste bubónica.

59—**FRECUENCIA DE LA MENINGITIS CEREBRO-ESPINAL EPIDÉMICA, DE LA POLIOMIELITIS TRASMISIBLE, Y DE LA ENCEFALITIS LETÁRGICA.**

Meningitis cerebro-espinal epidémica.

En Cuba no se habían registrado casos autóctonos de meningitis cerebro-espinal epidémica. En diversas ocasiones vinieron algunos procedentes de España, Estados Unidos y Canadá, ingresando, apenas llegados, en el Hospital "Las Animas", para su aislamiento. Fueron siete los importados en el año de 1915; de ellos murieron dos. En el año de 1918, vinieron ocho, entre ellos cuatro chinos, llegados a Cuba, vía Vancouver, Montreal, New York y Habana. De esta serie de ocho casos sólo murió uno. El tratamiento suérico fué instituído con toda rapidez y energía. En el año de 1919, sólo hubo un caso, importado, que falleció.

En el año actual 1920, hemos tenido cuarenta y tres (43) casos, entre los importados—los más de España—y los autóctonos, pues, desgraciadamente, se originaron diversos secundarios, pero sin que se estableciese ningún foco.

El tratamiento—suero antimeningocócico—resultó muy efectivo. Las actuaciones sanitarias fueron las siguientes: aislamiento de los casos en el Hospital de Enfermedades Infecciosas, en los Pabellones de aislamiento de los Hospitales generales y de las Asociaciones particulares; desinfección del domicilio de los atacados; observación de los que vivían en contacto con el enfermo y análisis bacteriológico de sus secreciones naso-faríngeas para el aislamiento de los portadores comprobados; tratamiento profiláctico de la garganta.

Poliomielitis anterior trasmisible.

La poliomielitis anterior ha sido relativamente rara en Cuba, aun en la forma no epidémica, esporádica. Sin embargo, en el año de 1909 sufrimos, en la provincia de Santa Clara, una intensa epidemia de la grave, trasmisible, que ya en 1907 y 1908 se había presentado en la Habana, con pocos casos dispersos, no considerados entonces en su debida gravedad epidémica. Como en 1907 y 1908 hubo la gran epidemia que azotó distintos lugares de los Estados Unidos, con dos mil casos en la ciudad de New York, Brooklyn y el Bronx, es lógico pensar que nuestra epidemia fué importada de New York.

La epidemia de Santa Clara (1909) señaló sus primeros casos en Mayo, Junio y Julio; se intensificó en Agosto y Septiembre; decreció en Octubre, Noviembre y Diciembre, desapareciendo en Enero de 1910; total siete meses de duración.

Imposible ha sido precisar el número total de los casos de la epidemia. La carencia de informaciones con respecto a la existencia de la enfermedad; la falta de alarmante sintomatología, muchas veces; la forma benigna del período febril; la falta de apreciación de las parálisis cuando afectan muy circunscritos grupos musculares, explica la frecuencia con que pudo pasar desapercibida.

Fueron 140 los diagnósticos en todo el tiempo de la epidemia.

Las edades extremas fueron: cuatro meses y diez y nueve años; pero aquella edad en que se presentó en mayor número, fué la misma que en casi todas las demás epidemias del mundo, de 1 a 3 años, según puede verse en el siguiente cuadro que comprende el estudio de la edad en 95 casos de nuestra epidemia:

CUADRO DE EDADES DE 95 CASOS DE NUESTRA EPIDEMIA DE POLIOMIELITIS ANTERIOR EPIDEMICA

4 meses		3 casos
6 "		3 "
8 "		5 "
9 "		4 "
10 "		2 "
11 "		1 "
1 a 3 años		70 "
4 años		5 "
9 "		1 "
19 "		1 "

En resumen, la enfermedad atacó a los niños, desde los cuatro meses hasta los 4 años de edad, en el 92.99 por 100 de los casos.

Los varones fueron más atacados que las hembras: 45 varones por 15 hembras.

Los casos ocurrieron en todas las clases sociales.

La mortalidad fué de 7.89 por 100; la habida en otros lugares del globo varió entre 6 y 10 por 100.

La epidemia se apagó sin nuevo recrudecimiento. No se empleó contra ella ninguna medida especial; ni fumigaciones intensas, ni aislamiento hospitalario, puesto que en esta enfermedad, cuando viene la parálisis, debe de haber ya pasado su período infectador. Sólo se ordenaron medidas generales: aislamiento a domicilio vigilado por las autoridades sanitarias; desinfección de los conductos naso-faríngeos y de la boca.

En 1916, al haber en los Estados Unidos—otra vez en New York y Brooklyn—una gran epidemia, nos pusimos en guardia, logrando impedir la nueva importación de tan cruel enfermedad.

Encefálitis letárgica.

Han ocurrido varios casos que ha diagnosticado la Comisión de Enfermedades Infecciosas. Además, manifestaciones diversas cerebro-espinales consecutivas a la infección grippal, no acompañadas del signo que le ha valido tan inadecuado nombre, fueron observadas en muy contadas ocasiones.

6º—ESTADO ACTUAL DE LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS, FIEBRE AMARILLA, MALARIA, TRACOMA Y ANQUILOSTOMIASIS.

Tuberculosis.

La tuberculosis pulmonar se deja sentir en nuestra estadística de mortalidad con cifras elevadas.

La mortalidad anual habida desde el año de 1901 hasta el de 1919 es la siguiente:

Años	Muertes	Años	Muertes
1901	900	1911	1115
1902	949	1912	1036
1903	1027	1913	998
1904	1161	1914	1072
1905	1179	1915	1066
1906	1158	1916	1130
1907	1176	1917	1174
1908	1185	1918	1380
1909	993	1919	1209
1910	1046		

Las oscilaciones de la estadística a partir de 1903 en que se hace ésta de manera efectiva, no son muy grandes; resulta un promedio de 1140 defunciones al año.

Uno de los primeros Decretos dados por el Gobierno Interventor americano al terminarse nuestra guerra de Independencia, fué el que incluyó a la tuberculosis entre las enfermedades de declaración obligatoria. Por iniciativa del Dr. Furbuch, Ejecutivo del Jefe Sanitario, se creó el Sanatorio “La Esperanza”, de acuerdo con los planes del Comandante Havard, y con el concurso de la Liga contra la tuberculosis se inicia el movimiento de lucha.

La Secretaría de Sanidad y Beneficencia cuenta hoy para la prevención y profilaxis de la tuberculosis pulmonar, con los siguientes organismos e instituciones que dependen exclusivamente del Director de Sanidad.

- I Un Dispensario especial para tuberculosos.
- II Un Sanatorio: “La Esperanza.”

III Salas o Pabellones para casos avanzados únicamente, en el Hospital general "Calixto García."

Estas tres instituciones, de finalidad puramente sanitaria, funcionan independientemente unas de otras, pero se relacionan entre sí, pues la Jefatura de los servicios de tuberculosis radica en el propio Dispensario, con el nombre de Sección de tuberculosis, comprendiendo bajo su directo control los expresados organismos.

El Dr. A. Sánchez de Fuentes, Subdirector de la Sección, se ha servido darme los datos que siguen, referentes a la marcha y funciones de ese Departamento:

"Dispensario.

"El Dispensario ocupa un edificio espacioso y muy ventilado, de dos pisos, situado en uno de los distritos más populosos de la ciudad, de fácil acceso al público. Esta institución, como en todas partes, constituye el eje de la lucha contra la tuberculosis, el punto de partida de todas sus especiales actividades sanitarias, y la institución que con sus servicios médicos y su propaganda antituberculosa, controla un gran número de enfermos que espontáneamente a ella acuden en demanda de diagnósticos, de protección y de consejos para resolver muchos problemas familiares y sociales dentro de la finalidad sanitaria que nos ocupa. El Dispensario, pues, por su contacto continuo con el público, por sus diversos servicios puestos en manos de un personal conocedor de todos estos problemas médico-sociales, por sus médicos expertos en asuntos sanitarios, y por la educación de sus Enfermeras, brinda al público en general la suficiente garantía, y ello hace que sus servicios tengan una gran demanda entre las clases pobres principalmente.

"El Dispensario funciona desde hace 15 años, de manera ininterrumpida, todos los días hábiles, de 12 a 4 p. m., y está bajo la dirección de un Médico Director Jefe de la Sección, y de un Médico Subdirector del Dispensario, examinador. Además, hay tres Médicos de consulta (dos para pulmones y uno para otorrinolaringología), una Enfermera Jefe, con 9 Enfermeras graduadas, a sus órdenes, un Farmacéutico titular, un práctico auxiliar de farmacia, un mecanógrafo y personal subalterno.

"A cada enfermo que se acepta en el Dispensario para su tratamiento, se le abre su correspondiente hoja clínica, y queda sujeto a la inspección periódica que realiza el cuerpo de enfermeras en sus propios hogares. Las enfermeras comprueban, personalmente, si los enfermos cumplen los consejos e instrucciones higiénicas que se les da en el Dispensario, y los enseñan a tener sus habitaciones

ventiladas, limpias, con todas las precauciones necesarias, como suficiente número de escupideras, manera de manipularlas, etc., para que no sean peligrosos para cuantas personas puedan rodearlos o vivir cerca de ellos. Estas inspecciones, verdaderas lecciones prácticas de cómo debe de vivir el tuberculoso en relación con la sociedad, tiene una vital importancia sanitaria. En las tarjetas de Inscripción que usan las enfermeras en sus trabajos, anotan todos estos detalles, el estado de cada enfermo, su situación social, su traslado de domicilio, etc.

“Las enfermeras auxilian también a los médicos en sus trabajos clínicos en el Dispensario.

“Los enfermos declarados tuberculosos después de los necesarios exámenes físico, radioscópico, de esputos, cutáneo-reacción o “reacción de Von Pirquet”, etc., son inscriptos en el Libro Registro del Dispensario y, para que puedan acreditar, después, que han sido admitidos, se les provee de una tarjeta donde constan sus generales y el número de la Inscripción. En la fecha de escribir estas notas, la última tarjeta expedida llevaba el número 24,388.

“Al Dispensario corresponde, también, la selección de casos para el Sanatorio. Para declarar a un tuberculoso caso *incipiente*, se ha adoptado la clasificación de la Asociación Nacional Americana contra la tuberculosis, clasificación ratificada por los últimos Congresos de Roma y Washington, y que a juicio de los médicos directores de la Sección está más de acuerdo con las realidades clínicas. Aquellos enfermos que por ser incipientes pueden y quieren ir al Sanatorio, se les inscribe en un turno oficial y van efectuando sus ingresos según les va correspondiendo, habiendo sido necesario hacerlo así, para poder atender de manera equitativa tantas demandas y garantizar los derechos de muchos enfermos.

“En estos últimos 10 años aparecen inscriptos 10,542 tuberculosos.

“La pequeña farmacia del Dispensario sirve para que los médicos de consulta puedan llenar indicaciones muy precisas y necesarias, como combatir las hemoptisis, los trastornos dispépticos, la tos excesiva, dolores, etc.

“*Sanatorio.*

“El Sanatorio “La Esperanza” está situado fuera de la Habana, en una loma (San Juan), en Arroyo Apolo, cuya elevación es de unos 300 pies sobre el nivel del mar. Tiene capacidad para 150 enfermos, internados en “casetas” convenientemente aisladas unas de otras y rodeadas de jardines que dan al Sanatorio un bello aspecto.

“El Sanatorio tiene la finalidad de una *Escuela antituberculosa*. Allí van los enfermos, en primer término, a aprender a cuidarse para no ser peligrosos a los demás y a practicar el género de vida que habrán de seguir después que salgan del mismo.

“El resultado de la propaganda antituberculosa es evidente, y así se explica la gran cantidad de personas que acuden al Dispensario solicitando ser atendidas. Ya no se ven tantos casos avanzados como habían al principio de funcionar esta institución.

“*Pabellones de aislamiento para los casos avanzados.*

“Ya señalamos que existen pabellones en el Hospital general “Calixto García”. Pero esto no satisface, como es natural, a los que dirigen la lucha antituberculosa. Estos aspiran a resolver la situación de los casos avanzados, por medio de la construcción de “un gran hospital tipo sanatorio” para un gran número de enfermos, por lo menos quinientos.

Además de esas Instituciones técnicas de combate, la Secretaría de Sanidad y de Beneficencia estimula por todos los medios posibles la propaganda de los consejos populares convenientes; ha establecido un Preventorio para niños pretuberculosos; y atiende a la niñez debilitada, con temporadas en la Colonia infantil de Tricornia, con temporadas de baños de mar, y con cuantos auxilios convienen al objeto de robustecerla, quitando causas preparatorias para la adquisición de tan terrible plaga.

Fiebre amarilla.

Cuba, desde Septiembre de 1908, en que ocurrió la última defunción de las 40 habidas en todo el brote epidémico de fiebre amarilla que, después de tres años de erradicación total apareció en 1905, ha permanecido hasta el día libre de esa su tristemente famosa endemia.

Desgraciadamente, si en el orden epidemiológico nacional nada hemos tenido que temer desde entonces, en el internacional sí. En efecto, en contra de lo que se esperaba y de los justificados esfuerzos de Gorgas, en estos últimos años la fiebre amarilla ha castigado, otra vez, lugares de donde fué desterrada, y ha invadido algunos nuevos. Hoy Cuba está en peligrosísimo contacto con numerosos puertos infectados del Golfo mexicano. Esto nos obliga a mantener una vigilancia extrema, interior, y a ser muy estrictos en que se cumplan las obligaciones sanitarias internacionales de recíproca defensa y protección.

Malaria.

La malaria es un problema permanente y grave en el mayor

número de los países que la padecemos, por la peculiar manera de ser de la enfermedad. Como procede por crisis que no imposibilitan del todo para el trabajo, el enfermo no se preocupa en lograr, desde el principio, una curación radical. Soportando las molestas pasajeras manifestaciones, un día y otro día, sólo acude en busca de auxilio médico, por lo general, cuando crónico el mal, el agotamiento lo hace impotente para el trabajo, es decir, cuando es, seguramente, una fuente de propagación donde quiera que haya anófeles. Mientras tanto, recurre a la quinina, que toma como recurso terapéutico, obteniendo, en seguida, apariencias de curación—ya que unas pocas dosis hacen desaparecer por algunos días las crisis febriles,—y creyéndose curado, abandona el tratamiento, para reanudarlo, periódicamente, cada vez que nuevas crisis se presentan. Esta es la historia del palúdico rural, y no rural, grave desde el punto de vista sanitario.

Según lo ha hecho notar el Dr. Guiteras en un trabajo, “el paludismo” llegó a ocupar en el año 1900, el primer puesto como causante mayor de las defunciones de Cuba (4.107 muertes), descendiendo después, en los años siguientes, hasta ocupar el vigésimo lugar, gracias a las actuaciones antimosquitos llevadas a cabo, principalmente en las capitales y grandes poblaciones.”

El decrecimiento progresivo del paludismo desde el año de 1901 puede leerse en la estadística de mortalidad de la Habana, que damos a continuación:

CUADRO DE MORTALIDAD POR PALUDISMO EN LA HABANA

Años	Muertes	Años	Muertes
1901	151	1911	12
1902	77	1912	4
1903	51	1913	5
1904	44	1914	4
1905	32	1915	4
1906	26	1916	14
1907	23	1917	5
1908	19	1918	8
1909	6	1919	19
1910	15		

Igual progresivo descenso de mortalidad por paludismo, en toda la Isla, hasta el año de 1914 inclusive, puede observarse en el siguiente cuadro estadístico:

**CUADRO DE MORTALIDAD POR PALUDISMO EN TODA LA
REPUBLICA**

Años	Muertes	Años	Muertes
1900	4,107	1908	730
1901	3,286	1909	746
1902	1,546	1910	622
1903	1,204	1911	497
1904	1,079	1912	493
1905	1,100	1913	446
1906	1,147	1914	453
1907	925		

Desgraciadamente, en estos últimos años—1915-1920,—ha sido considerable el incremento que alcanzó en los distritos rurales de las provincias de Camagüey y Santiago, repercutiendo hasta en las grandes poblaciones, final refugio de los casos graves, altamente peligrosos desde el punto de vista sanitario. Ese incremento determinó una actuación especial, estableciéndose en las comarcas infectadas una campaña activa antipalúdica.

El recrudecimiento del paludismo en ambas provincias pudiera explicarse por la excepcional actividad habida en el fomento de grandes centrales azucareros y de extensas colonias agrícolas que practicaron grandes desmontes, presentando con ello óptima oportunidad para la exposición de los trabajadores a las picadas de los anófeles que encuentran en muchos de esos lugares, casi todo el año, en Cuba, sus naturales criaderos; por la atracción a esas regiones en plena actividad agrícola, de extraordinario número de trabajadores, muchos de ellos infectados, que revolviéndose de aquí para allá causan la difusión de la enfermedad; y por último, por la introducción en esas zonas de numerosos jamaíquinos y haitianos, inmigrantes poco gratos, por lo regular afectados de malaria y de otras enfermedades parasitarias.

Como es natural, en todas nuestras campañas antipalúdicas damos especial atención a las medidas antianofélicas, aunque la erradicación de la malaria por la persecución mosquito no puede hacerse con la seguridad que en la fiebre amarilla, porque la vida del anófeles es diametralmente distinta a la del Aedes, y porque justamente, la enfermedad que en un caso es corta y a un solo ataque, es en el otro, prácticamente, crónica y a ataques repetidos.

Nuestras localidades, en consideración a una campaña antipalúdica por la guerra al anófeles, son de atenderse de muy distinta manera en los tres grupos siguientes: a) Ciudades con abas-

tecimiento de agua y con drenaje perfectamente cerrados, con buena pavimentación, sin solares yermos, o con ellos en condiciones antimosquitos; b) Suburbios, poblaciones y bateyes de los grandes centros industriales, en los que pueden existir lugares propios para la cría de anófeles; y, c) Caseríos y lugares desprovistos de toda protección higiénica dentro de las zonas de explotación agrícola.

Las localidades del primer grupo, que no presentan, regularmente, oportunidad para la cría de anófeles, se defienden con las medidas dictadas para el objeto en las Ordenanzas sanitarias: en las del segundo grupo la lucha antimosquito se establece por medio de petrolizaciones, zanjeos, drenajes, chapeos, etc., y en las del tercero, siendo imposible acudir a la profilaxis de la malaria por las medidas antimosquitos solamente, pues no es posible destruir los criaderos anofélicos de esos lugares en proporción eficiente para el objeto, se establece, también, con energía y perseverancia, la lucha contra el parásito, destruyéndolo en el hombre infectado o impidiendo que llegue al estómago del mosquito, por los dos respectivos medios racionales: quininación y vivienda antimosquito.

En nuestras campañas contra las epidemias rurales utilizamos ambos procedimientos de manera rutinaria, ciega, abarcando como infectados a todos los que viven dentro de la zona que se determina infectada. Es absolutamente falso, y por lo tanto, inútil, establecer en esas zonas, donde vive en intercambio constante de individuos una colectividad infectada, una división de infectados y no infectados por lo que pudiera arrojar el examen hematológico. Este no tendría valor práctico ninguno puesto que con la menor cantidad de quinina ingerida desaparecen los parásitos, por lo general, de la circulación periférica, sin que por eso dejen de quedar infectados.

Cualquiera que sea el método elegido, quinina diariamente administrada, o en determinados días semanales, se recomienda su empleo durante largo tiempo, meses, principalmente, durante los meses de apogeo malárico, que en Cuba son los estío-otoñales, prolongándose hasta el principio del invierno, teniendo en cuenta las dificultades—e imposibilidades a veces—de lograr la esterilización parasitaria de los maláricos, máxime si continúan viviendo, descuidados de la vida antimosquito en medios altamente infectados.

En cuanto a la vida antimosquito, se hace una perseverante campaña para que se ponga tela metálica, no sólo en las viviendas individuales, dentro de los distritos rurales infectados, sino

que, también se adopten por las empresas industriales, modelos especiales de barracones a prueba de mosquito, y la fumigación rutinaria de esos barracones, por los mismos habitantes, antes de salir al trabajo, cada diez días por lo menos, con vapores de azufre.

El problema del paludismo, para Cuba, fué siempre uno puro nacional. Sin embargo, desde hace algunos años vienen siendo peligrosas,—lo hemos dicho antes—algunas inmigraciones de pequeño radio, que nos obligarán a ponernos alerta para impedir la importación de la malaria y de otros graves o molestos parasitismos.

Anquilostomiasis.

La anquilostomiasis era desconocida en Cuba hasta el año de 1901, y no es de aceptarse que mucho antes de esa época existiera constituyendo focos, pues nunca se señaló en la historia sanitaria nacional, esa anemia grave, característica, que de haber existido sin ser combatida científicamente, hubiera producido los cuadros espantosos de Puerto Rico.

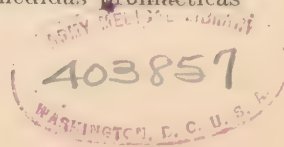
Dos orígenes muy probables tiene nuestra anquilostomiasis: uno del sur de los Estados Unidos, otro de Puerto Rico, ambos lugares muy infectados.

En efecto, el primer caso de anquilostomiasis observado en Cuba, lo fué por el Dr. Juan Guiteras, quien hizo el diagnóstico parasitario en el año de 1901. Aunque este caso no fué autóctono sino que procedía de la Florida (E. U. A.), con cinco hermanos más, también anquilostomiásicos, resulta, que vivieron algunos meses en una localidad cerca de la Habana antes de ser enviado al Hospital "Las Animas" el caso estudiado por el Dr. Guiteras.

Posteriormente, en 1906, llegaron a la Habana algunos labradores portorriqueños, en muy malas condiciones de salud, despertando la sospecha, luego confirmada, de que eran anquilostomiásicos.

Hay, pues, pruebas de la importación de casos de esas dos procedencias, y no tiene nada de extraño, que en próximas fechas anteriores, llegaran algunos otros que, pasando desapercibidos, produjeron los primeros núcleos de esa enfermedad.

De todos modos, a partir de esas fechas, se llamó oficialmente la atención pública sobre su existencia; se ordenó la declaración obligatoria; se facilitaron en toda la Isla, por las Jefaturas locales de Sanidad, los medios para que se hiciera el examen de las materias fecales en los Laboratorios oficiales de la República; se procedió, también por los Jefes locales, al tratamiento especial (timol) de los atacados en las pocas zonas que constituyeron nuestros focos, y se hizo gran propaganda de las medidas profilácticas



que debían de adoptarse individual y colectivamente para impedir el adquirirla y propagarla.

Es satisfactorio decir, que aunque se llegaron a constituir dos focos en la provincia occidental—Los Palacios y Viñales,—uno en la región central de la Isla—Cabaiguán,—y otro en la región minera de la provincia oriental, fueron pequeños, y se evidenciaron más bien por la acción de la vigilancia privada y oficial que provocó los exámenes de excretas que por la apariencia clínica de numerosos casos.

Los anquilostomas encontrados en Cuba han sido: el *Anquilostoma duodenale* y el *Necator americanus*.

7º—DATOS REFERENTES A LA LEPROA Y A LAS MEDIDAS PUESTAS EN PRACTICA PARA EVITAR SU DIFUSION.

La lepra debía de existir ya en Cuba en el año de 1681, en cantidad bien notable, cuando Don Pedro Alegre, altruísta mexicano, cedió al Gobierno una finca de su propiedad para que se construyera un hospital de leprosos donde recibiera asistencia su hijo, atacado de ese mal, y cuantos más lo padecían. La leprosería que se fundó con el nombre de Hospital de "San Lázaro", desde entonces funcionó en la Habana, hasta hace poco tiempo que fué trasladada a otro lugar de la provincia, porque el sitio de origen, entonces finca cercana a la capital, fué con los años, siendo envuelto por la creciente urbanización, al extremo de que, últimamente, era uno de los más céntricos y bellos de la ciudad.

No podemos dar de una manera absolutamente precisa el número de leprosos que hay en la Isla. Hace años el Dr. Robelin señaló en un trabajo presentado al Congreso Médico Pan Americano, 1,297 lazarinos para toda la Isla, creyendo entonces (año 1905), muchos profesionales, que podían pasar de 2,000. En esa época, es verdad, que aunque funcionaba el Hospital de San Lázaro en la Habana y otro en Santa Clara, con 133 y 39 leprosos hospitalizados respectivamente, el resto, considerable, libre, disperso, en la República, no podía ser conocido con exactitud no funcionando ninguna organización estadística para esta enfermedad.

El Hospital de San Lázaro de la Habana fué clausurado en Diciembre de 1916, y trasladado al Lazareto del Mariel, provisionalmente, mientras se construía la Leprosería general de la República en la finca "Dos Hermanos", a un kilómetro del Rincón, provincia de la Habana.

Los leprosos fueron trasladados a la Leprosería general del Rincón a fines de Febrero de 1917. La Leprosería está situada en

una extensión de terreno de ciento diez acres. Tiene amplios pabellones, algunos divididos en habitaciones individuales, clínicas para mujeres y para hombres, con treinta camas cada una, magníficos comedores, salones de hidroterapia para mujeres y para hombres, jardines, arbolado, granja de horticultura, vaquería, etc.

Según datos que me suministra su Director, Dr. Benjamín Primelles, en la actualidad hay reclusos en la Leprosería, 118 hombres, 37 mujeres y 17 niños. Esta Leprosería, única existente hoy en la República, aunque funciona como organismo de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, es una institución que tiene recursos propios para el sostenimiento de sus asilados.

La estadística de mortalidad por lepra, de 1910 a 1916 ha sido la siguiente:

Años	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916
Defunciones	35	53	37	43	45	44	33

La lepra es considerada como enfermedad cuarentenable y de declaración obligatoria. Cuantos casos son denunciados, se llevan a los Laboratorios oficiales para su estudio bacteriológico y el diagnóstico lo dicta la Comisión de Enfermedades Infecciosas.

La medida capital sanitaria contra la enfermedad, es el aislamiento. Las Ordenanzas sanitarias (Art. 249) autorizan a los leprosos que tengan recursos, para que se aislen y se asistan en sus domicilios, sometidos a la vigilancia de los diversos Jefes de sanidad, bajo la amenaza de reclusión en la Leprosería, si no cumplen las condiciones estipuladas. El Dr. Primelles cree que deben de existir unos dos mil quinientos de estos leprosos que viven en sus domicilios. Ante esta cifra es imposible opinar con algunos que la lepra disminuye en Cuba, sino, al contrario, que aumenta, por lo que es de desear se refuercen las medidas de aislamiento por medio de alguna Ley especial.

8º—ESTADO ACTUAL DE LA LUCHA CONTRA LA AVARIOSIS.

El problema de la avariosis, tanto como el de la blenorragia, tan íntimamente ligados con el de la prostitución, es un problema del mayor interés nacional.

Cuba viene luchando contra las enfermedades venéreas desde el tiempo colonial, por estar entonces la sífilis y la blenorragia muy difundidas.

Difícil es señalar con números concretos el grado alcanzado por la sífilis en distintas épocas, pues, antes, las instituciones de estadística sanitaria no existían, y ahora, porque no está la sífilis comprendida entre las enfermedades sujetas a declaración obligatoria.

Sin embargo, hay datos bastante significativos y auténticos que muestran su abundancia.

El Dr. Varela Zequeira, en un artículo publicado en el Manual de Práctica sanitaria, editado por el Departamento de Sanidad de la Habana, en 1905, decía sobre la frecuencia de la sífilis lo siguiente: "Sólo contamos con los datos de los Hospitales y Casas de Salud de esta ciudad (Habana). En dichos centros se han asistido, durante el año de 1902, 21,970 enfermos, de los cuales eran sifilíticos 418, o sea, el 2 por 100, aproximadamente, de la morbilidad general." "Los médicos que entre nosotros prestan sus servicios a las Sociedades regionales, o de Socorros mutuos, saben por experiencia que el 8 al 10 por 100 de los enfermos que acuden a su consulta, son sifilíticos."

Es de suponerse que la situación no ha mejorado, y que hoy día, es probable, que de hacerse un cómputo lo más exactamente posible de la morbilidad por sífilis, contando con los métodos de Laboratorio de que hoy disponemos para el diagnóstico, la cifra real de sifilíticos es bastante elevada.

En todos nuestros centros regionales (Casas de salud pertenecientes a núcleos considerables de asociados, en su mayor parte españoles), en todos nuestros hospitales, en todos los consultorios privados de los especialistas, cada día se duplica la utilización del Salvarsan.

En Cuba hubo zona de tolerancia hasta el año de 1913 en que por un Decreto de Octubre 25 se dejó en suspenso el Reglamento de Higiene especial. El Reglamento de Higiene especial era por el que se ejercía la vigilancia, separación y tratamiento de las prostitutas obligatoriamente "reglamentadas". De ese reglamento sólo dejaron en vigor los artículos referentes a prostitución de menores.

El paso dado en ese sentido, como es de suponerse, fué muy discutido entre los abolicionistas y los no abolicionistas, temiendo muchos, que las ordenanzas de policía sólo reprimirían una prostitución ostensible, dando lugar el clandestinaje al aumento de las enfermedades venéreas.

Ahora es cuando convendría hacerse un comparativo estudio estadístico de morbilidad entre el período anterior y el posterior a la suspensión de la zona de tolerancia.

Como único documento cifrado, que tiene un valor relativo, transcribo la estadística de mortalidad, por sífilis, habida en la Habana del año 1910 al 1919:

Años . . .	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Defunciones	24	27	31	15	39	27	46	40	•38	32

Desde la supresión de la zona de tolerancia, la campaña antisifilítica ha estado reducida a la labor de propaganda educativa y a los artículos de las Ordenanzas sanitarias que fuerzan la investigación de la avariosis en cuantos se emplean en los servicios privados o públicos: sirvientes, lecheros, nodrizas, etc., exigiéndoselos certificados médicos y el examen de sangre (Wassermann) practicado en algún Laboratorio oficial, o privado de gran garantía.

En el ejército se hace, por otra parte, una muy efectiva cruzada contra la enfermedad, no sólo desde el punto de vista del tratamiento, sino del profiláctico.

En fin, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia hoy está decidida a entablar una lucha contra la sífilis y contra la blenorragia. El plan del Dr. Fernando Méndez Capote, actual Secretario de Sanidad y de Beneficencia, es el de procurar por todos los medios posibles, el acercamiento confiado de los atacados, al Servicio especial que crea para el tratamiento de las enfermedades venéreas. Busca que se establezca una corriente de enfermos, hacia el centro antivenéreo, donde recibirán el cuidado gratuito de su mal, y donde encontrarán una gran propaganda de los métodos profilácticos. Es indudable que si se hace una propaganda, grande, en favor de que se acuda, *cuanto antes*, a buscar el diagnóstico y el remedio, y allí se les da, generoso y reservado, se impedirán muchas difusiones del mal, y, ello, con los consejos profilácticos, provocará muy efectivo éxito en la lucha antivenérea.

El Servicio ya está instalado en edificio conveniente, contando con material y con personal escogido, y de un momento a otro empezará a funcionar.

9.—ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE DESINFECCION. TRABAJOS REALIZADOS.

Nuestro Servicio de Desinfección se titula: Negociado de Desinfección, Petrolización, Canalización y Zanjeo.

Se divide en dos Secciones: (1) Sección de Desinfección y saneamiento; (2) Sección de Petrolización, Canalización y Zanjeo.

(1) Sección de Desinfección y Saneamiento

Personal.

Comprende el de Desinfección: 4 Brigadas, compuesta cada una de 1 Auxiliar y 6 obreros. Comprende la de Saneamiento: 4 Brigadas, compuesta cada una por 1 capataz y 10 obreros. Ambos servicios están a cargo de un Jefe, que tiene a sus órdenes 3 auxiliares.

Trabajos de las Brigadas de Desinfección.

Las Brigadas de Desinfección se dedican exclusivamente, a

verificar las de las casas o edificios donde hayan ocurrido casos de enfermedades contagiosas o trasmisibles.

Para estas desinfecciones cuenta con cuatro (4) ambulancias automóviles equipadas con todo lo necesario.

Los trabajos se realizan, diariamente, de 8 a 11 a. m. y de 1 a 5 p. m., en las épocas normales. En casos de brotes epidémicos, no se ajustan los servicios a horas determinadas, así como se amplía el número de obreros según las necesidades, o la urgencia, y se establecen turnos permanentes de guardia entre las Brigadas.

También tiene este Servicio dos carros más automóviles, destinado uno a recoger el material sobrante de las desinfecciones, y el otro a recoger las ropas y demás objetos usados por los enfermos que obligaron a la desinfección, para quemarlos o esterilizarlos en la Planta de Desinfección afecta a este Servicio. Para la recogida, entrega y devolución de ropas o efectos que se han de desinfectar o quemar, se hace un inventario que firman los interesados y el funcionario de Sanidad encargado de recogerlos.

Para la vigilancia de los departamentos que se desinfectan y proceder a la apertura a la hora fijada, hay un empleado que se llama "Vigilante de habitaciones selladas".

Igualmente tiene a su cargo este servicio, la desinfección en el cementerio, de todos los carros fúnebres que conduzcan a dicha necrópolis fallecidos por enfermedades trasmisibles.

El mínimum de tiempo que permanecen cerradas las habitaciones, casas y carros fúnebres que se desinfectan, es de 4 horas cuando se emplea el formaldehído, y de 6 horas o más cuando se emplea el ácido sulfuroso o el ácido cianhídrico. Para la desinfección de los carros fúnebres se usa siempre el formaldehído.

Trabajos de las Brigadas de saneamiento.

Las Brigadas de Saneamiento se dedican a la limpieza de todas aquellas casas o edificios que lo requieran por su estado de suciedad o abandono; baldean los pisos con soluciones desinfectantes, desollinan los techos y paredes, recogen todas las basuras y demás objetos inservibles, que a veces se encuentran acumulados, para quemarlos o arrojarlos al Vertedero de la Ciudad.

Para la extracción de las basuras y demás objetos inservibles, recogidos durante el saneamiento, hay, cuatro camiones automóviles y cuatro carretones de tiro animal.

Igualmente hay cuatro pipas, de tiro animal, para la desodorización y desinfección por medio del cloruro de cal, del sulfato de hierro, y de la creolina, de los tragantes de cloacas de la ciudad, de los Establos y demás lugares donde se comprueba la existencia de

criaderos de moscas, por efecto de la aglomeración del estiércol o de otras materias favorables a su germinación. Para este último servicio hay cuatro peones que diariamente recorren los distintos barrios y suburbios de la población.

Desinfectantes usados y modo de emplearlos.

Formaldehido.

Para las desinfecciones con esta sustancia, se viene empleando el formaldehido generado por la combinación del formol comercial al 40% con el permanganato de potasa, según el método de los Dres. J. P. Russell y Henry D. Evans, del Laboratorio de Higiene del Estado de Maine, E. U., implantado por nuestra Sanidad desde el año de 1907 a iniciativas del Dr. Enrique B. Barnet.

La facilidad y extrema efectividad del método,—además de lo económico,—hizo abandonar todos los demás generadores antes utilizados.

Para la colocación de las sustancias generadoras se emplean simplemente palanganas de hierro, esmaltadas, de capacidad suficiente y en número conveniente para el objeto.

Tan pronto quedan preparados los departamentos para su desinfección, se colocan en su interior las palanganas, y se deposita en ellas la cantidad de permanganato que requiere la capacidad atmosférica que se ha de desinfectar, vertiendo sobre el permanganato la cantidad de formol conveniente. La combinación se hace instantáneamente, con gran desprendimiento de gas, por lo cual, el personal que hace la operación sale inmediatamente de las habitaciones y cierra la única puerta de escape que se ha dejado abierta, con bandas de papel con pegamento.

El término medio del tiempo invertido en poner en marcha la desinfección por este procedimiento, puede calcularse, en unos 8 ó 10 minutos, si se trata de una sola habitación, y en una hora si se trata de casas que tengan 6 u 8 departamentos.

La proporción que usamos es de 616 c.c. de formol para 228 gramos de permanganato, por cada mil pies cúbicos de atmósfera.

Este desinfectante tiene la ventaja de no perjudicar ni a los muebles, ni a los dorados, espejos, ni a las telas delicadas.

Pirethrum.

El pirethrum fué muy usado antes, como antimosquito, en las fumigaciones por fiebre amarilla y paludismo. Pero desde 1907 lo deseclamos, por las falsificaciones de que fué objeto. El mosquito, por otra parte, en muchos casos, no moría, quedando solamente como alertargado, recobrando su vitalidad tan pronto se renovaba la atmósfera con aire puro.

Bicloruro de mercurio.

En soluciones de 1 a 5 por mil, es un desinfectante que usamos, con bastante frecuencia, en la irrigación de los pisos, techos y paredes.

Azufre.

El ácido sulfuroso es uno de los desinfectantes más usados por nosotros. Empleamos de 1 a 5 kilos por cada mil pies cúbicos de atmósfera, según el caso de que se trate. Su energía y efectividad son indiscutibles, cuando es de buena calidad. Sólo ofrece el inconveniente de que hay que adoptar algunas medidas para preservar los metales, dorados y plateados, a los que ataca, así como a algunas telas a las que descolora. Igualmente, la harina de trigo y el tabaco sufren con este género de desinfección, en cuyos casos lo sustituimos por el formaldehído o por el ácido cianhídrico, cuando se trata de trigo, y con el palito de tabaco cuando se trata de tabaco.

Palito de tabaco.

El palito de la hoja de tabaco, quemado en bastante cantidad, produce un humo denso, suficiente para la exterminación del mosquito. Ahora bien, en la práctica de este procedimiento, debe darse mayor tiempo de exposición, que el de costumbre, a los lugares que se fumiguen. Puede calcularse en unos 5 ó 6 kilos de palitos, los necesarios para cada mil pies cúbicos de atmósfera. Para hacerlos arder se agrega un poco de alcohol. Se emplea, exclusivamente, en la exterminación de los mosquitos en los almacenes de tabaco.

Ácido cianhídrico.

La primera vez que se empleó el ácido cianhídrico en Cuba, fué para la desratización en el puerto de la Habana, el 20 de Julio de 1913, de la goleta americana "Persis A. Cowell", que conducía un cargamento de cebollas para semillas, procedente de las Islas Canarias, donde habían ocurrido casos de peste bubónica. El doctor Hugo Roberts, Jefe del Servicio de Cuarentenas, fué quien decidió emplear tal proceder. El motivo que le indujo a utilizarlo fué la naturaleza del cargamento, pues se temía que el procedimiento clásico de quemar azufre haría sufrir las semillas de cebollas que conducía.

En el año de 1914, se aplicó extensamente a las procedencias de New Orleans, donde habían ocurrido casos de peste bubónica, no sólo por su gran efectividad en la destrucción de ratas e insectos, sino también, porque del citado puerto se recibían grandes cantidades de harina de trigo y se había observado que la harina some-

tida a la acción del ácido sulfuroso quedaba alterada en la función de panificación.

En este tiempo, los Estados Unidos empezaron a tratar las exportaciones de New Orleans, con el monóxido de carbono, a fin de desratizar, y aconsejaban dicho procedimiento, como el mejor, construyendo dispositivos *ad hoc* para su generación y empleo; pero las autoridades sanitarias cubanas no aceptaron esa superioridad del monóxido sobre el ácido cianhídrico, por lo que hubo un período de rivalidad entre ambos sistemas, terminando los Estados Unidos por desechar el monóxido y adoptar y generalizar el cianhídrico.

El 6 de Marzo de 1914, con motivo de la aparición en la Habana de un segundo brote de peste bubónica, fué aplicado el ácido cianhídrico a la desratización de las casas, así como a la destrucción de las ratas, por inyección en sus propias cuevas, por medio de un sencillo dispositivo presentado por el Dr. Hugo Roberts, Jefe del Servicio de Cuarentenas, a las autoridades sanitarias, dispositivo que tan buenos resultados ha dado como medio de desratización de las cuevas y que describimos en la parte de esta Memoria dedicada a la peste bubónica.

El ácido cianhídrico lo obtenemos en la práctica de las desinfecciones, haciendo actuar el ácido sulfúrico sobre el cianuro de sodio. El Dr. Hugo Roberts recomienda se empleen cinco gramos de cianuro de sodio por cada metro cúbico. Para conocer la cantidad de ácido sulfúrico que ha de emplear, multiplica la cantidad de cianuro, por 3, y divide por 2, lo que da un pequeño exceso a la cantidad químicamente necesaria, pero conveniente para la rapidez de la reacción.

Si la cubicación del espacio a fumigar estuviese hecha en toneladas de arqueo, se obtendrán los metros cúbicos, multiplicando el número de toneladas por 2.83, pues cada tonelada de arqueo (100³ pies) tiene 2.83 metros cúbicos.

Si la cubicación estuviese hecha en pies cúbicos, se emplearán por cada 100 pies cúbicos, *media onza* de cianuro de sodio y *tres cuartos de onza* de ácido sulfúrico.

En el proceder rutinario de fumigación, en Sanidad terrestre, se han venido empleando, en la práctica, 30 gramos de cianuro de potasio por 60 c.c. del ácido sulfúrico (disuelto en poco más del doble de su volumen en agua) por cada metro cúbico. A veces conviene diluir aun más el ácido sulfúrico, hasta cuatro veces su volumen, en agua.

Esta proporción se emplea en la Habana para la desinfección de los almacenes de víveres, saquerías, bodegas, fondas, etc., que

están completamente congestionados, pero en casas particulares u otros lugares similares, es más que suficiente la mitad de las cantidades antes expresadas.

Para la generación del gas cianhídrico empleamos medias pipas, que son muy convenientes por su gran capacidad y baratura. El recipiente de barro es también bueno, pero se rompe muy fácilmente. Se procede de la manera siguiente: Se llenan de agua, en la cantidad que requiere cada uno, los recipientes; después se vierte la cantidad conveniente del ácido sulfúrico, dejando transcurrir suficiente tiempo para que se enfríe la dilución. Muy cerca de cada recipiente se coloca el cianuro que corresponde a cada recipiente, envuelto en papel doble, grueso, resistente. Una vez listo el cierre de la casa, perfectamente obturadas todas las aberturas que pudieran dejar escapar el gas, se procede a asegurarse del desalojo de todo el personal. Entonces, él o los empleados que han de hacer la operación, penetran, y rápidamente, viniendo del fondo hacia la salida, en orden conocido previamente, van echando los paquetes dentro de la dilución sulfúrica. Una vez salidos, se obtura la puerta de escape.

La doble envoltura de los paquetes, retarda la acción del ácido sobre el cianuro, y da lugar a que salgan los fumigadores sin riesgo alguno. En algunos casos, individuos muy prácticos, con un cuchillo, hacen una incisión a cada paquete, en el momento de echarlos, lo que hace más rápida la operación, aunque algo más peligrosa.

Una vez terminada la operación se establece una guardia permanente, para impedir que los transeúntes se acerquen. La desinfección queda hecha en 2 a 6 horas, según sea la congestión del local que se desinfecta.

Al abrirse los locales desinfectados, debe hacerse por los lugares más elevados y, en lo más posible, evitando, si hay casas de alto en los alrededores, y en dirección del viento, de que en el acto de la apertura haya nadie directamente expuesto a respirar el gas. Aunque gas peligroso, en la práctica no hemos tenido que lamentar desgracias, y eso que hemos hecho desinfecciones enormes a las que nos referiremos después.

Cloruro de cal, Sulfato de Hierro. Cloronaftol.

Usanse también, en este servicio, los anteriores productos, para la desinfección y desodorización de los tragantes de cloacas, en los establos, y otros lugares que, por la aglomeración de materias en descomposición, sean propicios para la procreación de las moscas.

El cloruro de calcio se emplea también en la profilaxis del muermo. Los establos que hayan tenido casos de esta infección son

sometidos a un lavado al 10 por 100. También se usa en la desodorización de aguas pestilentes, en la desinfección de heces fecales de los tifoideos.

El sulfato de hierro, al igual que el anterior, se vierte también en los establos y sus estercoleros. Se usa para desinfectar las deyecciones de los tifoideos y para la desinfección de los pozos negros.

El cloronaftol, generalmente se usa en los saneamientos, y, también, en los mismos casos que los anteriores.

Toldos de lona.

Puede asegurarse que son factores muy importantes para las desinfecciones y fumigaciones en gran escala. Con ellos pueden dominarse grandes superficies de fumigación y desinfección, simplificándose mucho los trabajos que haya que realizar, al cubrir casas de madera o de guano, techos de tejas, de planchas de zinc, huecos de patios u otros espacios abiertos. Con anterioridad a este sistema, se venía usando para el cierre, el papel satinado continuo, conocido con el nombre de papel de biombo, que viene en rollos de 100 a 200 libras, con un metro o más de ancho.

El empleo de papel de biombo demandaba mucho tiempo y mucho personal, y, además, en muchas ocasiones resultaba nulo el trabajo realizado, al destruir el viento y la lluvia, el papel con tanta dificultad aplicado. Hoy, con los toldos de lona, se simplifica la operación, y se asegura el cierre garantizado, con economía de tiempo y personal. Por ejemplo: con el sistema de las lonas, una casa con 36 departamentos, dos patios con grandes luces y un espacio de 268,000 pies cúbicos, se cerró en el breve tiempo de dos y media horas, con sólo unos 15 obreros; con el papel de biombo, esa misma casa hubiera necesitado nueve horas y unos 40 obreros.

Sólo ofrece alguna dificultad, en la colocación de las lonas, el hacerlas llegar a los techos o lugares más elevados. Para llevarlas con más facilidad a lo alto de las casas que deben de ser fumigadas, se enrollan a lo largo; dispuestas de esta manera, se sitúan dos hombres, o tres, sobre el tejado o azotea de las casas que han de fumigarse o desinfectarse, para tirar de ellas, por medio de una cuerda, mientras que otros dos hombres, desde el suelo, ayudan a la ascensión de la misma. Una vez arriba la lona, se desenrolla y se tiende, perfectamente, sobre los lugares que deben de cubrir, fijándola después con puntillas en todos sus remates, y con sogas pasadas por encima, en forma de cruceta, para evitar que el viento actúe sobre ellas. Las uniones de unas lonas con otras, y sus remates en las paredes, se tapan con bandas anchas de papel de periódico, perfectamente embadurnadas con un pegamento recio y consistente.

Por lo general, siempre ha tenido a su disposición la Sección de Desinfección, unas 50 lonas por las medidas superficiales siguientes: veinte lonas de 20 x 8 metros, y treinta de 30 x 15 metros. En la actualidad cuenta con 30 lonas completamente nuevas, de las cuales diez son de 20 x 10 metros y veinte de 30 x 15 metros.

En Cienfuegos, cuando el brote de fiebre amarilla, estando las fumigaciones bajo la dirección técnica del Dr. Gabriel Custodio, actual Jefe del Servicio de Beneficencia, llegaron a reunirse unas 60 lonas, de 50 x 50 metros, de 30 x 15 metros, y de 20 x 8 metros.

Ejemplos de algunas de las mayores desinfecciones y fumigaciones practicadas con lonas.

En 15 de febrero del año 1915, se desinfectaron los almacenes de San José, con ácido cianhídrico, invirtiéndose en ellos y para un espacio de 150,000 metros cúbicos, 1,593 kilos de cianuro de potasio y 3,000 kilos de ácido sulfúrico. El motivo de esta desinfección fué, el haber surgido por aquellos alrededores varios casos de peste bubónica.

El 3 de mayo de 1914, se desinfectó, parte con formaldehído, y parte con azufre, la Secretaría de Hacienda y la de Agricultura, que están en un mismo edificio, por haber ocurrido en sus inmediaciones algunos casos de peste bubónica. Se emplearon en este servicio, para una cubicación de 1,324,675 pies, 816,000 gramos de formol comercial y 302,928 gramos de permanganato de potasa y para una cubicación de 150,931 pies, 435 libras de azufre.

Por el año de 1908, fué fumigada la sierra conocida por de "Antonio Díaz", en la Calzada de Belascoaín, próxima a Monte, por un caso de fiebre amarilla ocurrido en la misma, invirtiéndose en ella 1,320 kilos de azufre, para una cubicación de 1,318,000 pies.

También en el Cuartel "Moncada", en Santiago de Cuba, que ocupa una manzana de superficie, se realizó una desinfección general por el ácido cianhídrico, con motivo de casos de peste bubónica ocurridos en el propio Cuartel.

Para la fumigación del Hotel "Sevilla", de la Habana, con objeto de destruir los mosquitos, se emplearon 3,000 libras de pirrethrum, para una cubicación de 610,000 pies.

Para cada uno de estos trabajos, que fueron realizados en un solo día, se emplearon cien hombres, excepción hecha del llevado a cabo en el Hotel "Sevilla", en el que sólo se emplearon de 30 a 40 hombres.

La sierra de Antonio Díaz, y los Almacenes de San José, fueron cubiertos, totalmente, con lonas, habiéndose invertido para el

cierre de los segundos, como unas 35 lonas, y varios rollos de papel continuo.

Cierre de las casas cuando no se usan lonas.

El cierre de las casas donde ocurren casos infecciosos que no son de los señalados—fiebre amarilla, paludismo y peste bubónica, que requieren los garantizados trabajos con lonas—es sencillo. El trabajo se reduce a obturar con tiras de papel engomado las rendijas de las puertas y ventanas de la habitación del enfermo y de las otras contiguas a ella, si la construcción de la vivienda es de mampostería y azotea; si la estructura de las habitaciones es de madera y tejas, habrán de taparse todas las rendijas y las uniones de las tablas, en todos los departamentos que han de desinfectarse.

(2) Sección de Petrolización, Canalización y Zanjeo.

Aunque no lo pide el Programa de la Conferencia, incluyo estas notas que complementan la breve descripción que hacemos de los trabajos que realiza nuestro Servicio de Desinfección.

Para atender con mayor eficacia a este servicio, se ha dividido la parte principal de la Ciudad comprendida entre la Calzada de Infanta, el litoral y la bahía, en 7 zonas, y estas zonas, en distritos, hasta el número de 48. En los barrios del Cerro, Vedado, Jesús del Monte y Luyanó, funcionan Brigadas independientes.

Se ha combinado la distribución del personal obrero de modo que la petrolización de la parte de la ciudad que tiene mayor densidad de población, se verifique en 7 días, y en 8, la de los barrios extremos.

En los más adecuados lugares de dichas zonas y barrios se han establecido estaciones de petróleo. Surten a éstas, carros-tanques automóviles.

En esas estaciones se reúne el personal de las Brigadas correspondientes a cada distrito, proveyéndose de petróleo los obreros encargados de regarlo. Además se utilizan para depósito del material adecuado para este servicio.

El número de casas, cuya petrolización diaria se le exige a los obreros, es de 40, excepción hecha de aquellos distritos en que los edificios son de grandes proporciones. En este caso el número de casas cuya petrolización se exige al día, es menor.

Canalización y Zanjeos.

Consta este servicio de una Brigada en cada uno de los barrios rurales de la ciudad.

Están dedicadas las Brigadas exclusivamente, a los trabajos de drenaje y canalización de los terrenos libres y yermos, y a la lim-

pieza de zanjas y cunetas, en todos aquellos parajes que limitan el radio urbanizado de la población.

Si las necesidades del servicio lo exigen, estas Brigadas practican, también, el chapeo, limpieza y quema de basuras, de aquellos solares yermos que se encuentran en completo estado de abandono y suciedad, cargando las responsabilidades de ley sobre los des-
preocupados dueños.

Lo mismo que los obreros de petróleo, los de canalización y zanjeos cuentan con estaciones convenientemente situadas, donde se reúnen, se les distribuye el trabajo, y guardan sus útiles, picos, guatacas, machetes, etc.

Personal.

Se compone de: 1 Oficial 4.º; 3 oficiales 2.º; 4 auxiliares; 14 capataces; 50 obreros para el servicio de petrolización de la ciudad y 60 para los barrios extremos; 55 obreros para canalización y zanjeos.

Atribuciones.

El oficial 4.º tiene la supervisión de todos los trabajos de la Sección, a las órdenes del Jefe del Negociado. Los oficiales 2.º practican el recorrido de las zonas y distritos que tienen señalados: anotan cualquier diferencia que encuentran en el servicio; e informan de los trabajos que se realizan. Los auxiliares transmiten a los capataces de Brigadas las órdenes recibidas de los Oficiales, y tienen cuidado de la distribución y ruta de las Brigadas. Los capataces atienden al personal obrero.

Corresponde al personal de petrolización la inspección de los tanques y de toda otra clase de depósitos con agua que puedan encontrar en las casas y edificios públicos, o privados, que visiten. Regularmente estas inspecciones se practican por los obreros de petrolización, en sus visitas domiciliarias. Si se hallasen larvas de mosquitos en cualquiera de estas inspecciones, se remiten convenientemente acondicionadas al Jefe del Negociado, el cual, a su vez, las envía para su clasificación al Laboratorio de Investigaciones. Del resultado de esa clasificación depende que sea o no multado el infractor, si resultase reincidente.

En las lagunas y remansos, la petrolización se verifica por medio de boyas, constituidas por sacos de aserrín empapados en petróleo. También se efectúa esa petrolización, regando sobre las aguas el aserrín mojado en petróleo. Estímase para una vara cuadrada de superficie líquida una cucharada de dicho artículo.

La Sección está suficientemente dotada de material y tiene tres tanques automóviles para surtir de petróleo a las estaciones.

A la Sección de Canalización, Petrolización y Zanjeos, corresponde, igualmente, la inspección y vigilancia de las huertas en las zonas próximas a la ciudad, para que se cumplan estrictamente las disposiciones sanitarias vigentes con respecto al cultivo de esas huertas.

Los permisos para el fomento de las huertas así como para el que transporte su producto a los mercados de esta capital, se anotan cuidadosamente en un Registro que se lleva en las Oficinas del Negociado, en cuyo Registro aparece, para su identificación en todo tiempo, el retrato del interesado.

En el año fiscal comprendido entre el 1.º de Julio de 1919 y el 30 de Junio de 1920, se ha verificado la petrolización de los servicios sanitarios de 702,786 casos, se han saneado 6,518 solares yermos y se ha practicado la limpieza de 151,981 metros lineales de zanja.

Hay un depósito principal de petróleo situado al fondo del garage de Sanidad, en terrenos del Hospital "Las Animas", tanque que tiene una capacidad de 75 a 80,000 galones aproximadamente.

100.—MOVIMIENTO DE POBLACION Y PROPORCION DE LA MORTALIDAD EN EL ULTIMO QUINQUENIO.

El Dr. Jorge Le Roy, Jefe de Demografía de la Secretaría de Sanidad y de Beneficencia, dice con respecto a la garantía de que sean completas las estadísticas de los nacimientos y de las defunciones, (1) lo siguiente: "Si respecto a las defunciones podemos considerar que nuestros registros son tan completos como pueden serlo los de cualquier país, en cuanto a los nacimientos sufrimos los mismos inconvenientes con que luchan casi todos los demás, pues al paso que una muerte no puede ser ocultada fácilmente, un nacimiento sí lo puede ser con mucha frecuencia."

Sin entrar en detalles de las causas que motivan la incorrección de los cuadros estadísticos de natalidad, diré, que la principal, es el abandono de hacer las inscripciones de nacimientos a su debido tiempo, acudiendo a hacerlo, muchos, después, cuando se conceden prórrogas y condonaciones de castigo a aquellos que no lo hicieron en su oportunidad. Esto produce inexactas cifras en la natalidad anual y, por lo tanto, oscilaciones indebidas en las gráficas estadísticas.

Hechas las anteriores explicaciones aclaratorias, publicamos el

(1) Trabajo inédito el día en que esto se escribió.

siguiente cuadro estadístico de Nacimientos inscriptos y Natalidad habida en la República de Cuba desde 1902 a 1916, que copiamos del aludido trabajo del Dr. Le Roy:

NACIMIENTOS INSCRIPTOS EN LA REPUBLICA Y NATALIDAD

Años	Inscripciones	Natalidad por 1000 de población	Años	Inscripciones	Natalidad por 1000 de población
1902 . . .	47,091 . . .	27.15	1912 . . .	77,237 . . .	32.42
1903 . . .	57,864 . . .	32.25	1913 . . .	62,093 . . .	25.31
1904 . . .	58,363 . . .	31.47	1914 . . .	85,317 . . .	33.82
1905 . . .	65,906 . . .	34.43	1915 . . .	57,655 . . .	22.23
1906 . . .	55,963 . . .	28.35	1916 . . .	56,086 . . .	21.06
	<u>285,187</u>	<u>30.73</u>		<u>338,388</u>	<u>26.97</u>
1907 . . .	66,511 . . .	32.70	1917 . . .	82,080 . . .	30.02
1908 . . .	65,367 . . .	31.10	1918 . . .	83,870 . . .	29.91
1909 . . .	70,167 . . .	32.31			
1910 . . .	76,706 . . .	34.21			
1911 . . .	56,798 . . .	24.56			
	<u>335,549</u>	<u>30.97</u>			

La población de Cuba, según el último Censo levantado en 15 de septiembre de 1919, es de 2.889,004 habitantes.

En cuanto a las cifras de mortalidad van a continuación las correspondientes al período 1902-1919:

MORTALIDAD DE LA REPUBLICA

Años	Defunciones	Coeeficiente de mortalidad revisado por cada 1000 habitantes		
1902.	25,512.	14.71	14.23	Coeeficiente de promedio.
1903.	23,982.	13.36		
1904.	25,198.	13.59		
1905.	27,345.	14.29		
1906.	30,021.	15.25		
1907.	34,000.	16.59	14.47	Coeeficiente de promedio.
1908.	28,361.	13.49		
1909.	28,832.	13.28		
1910.	33,844.	15.10		
1911.	32,065.	13.87		
1912.	30,879.	12.96	13.93	Coeeficiente de promedio.
1913.	33,284.	13.57		
1914.	35,922.	14.24		
1915.	35,075.	13.53		
1916.	40,943.	15.37		
1917.	39,767.	14.55		
1918.	46,227.	16.49		

1919 No se publica por no estar completo, pero es mucho menos que el anterior.

Un estado comparado de nuestra mortalidad con la de los demás países no puede hacerse hoy que por motivo de la guerra mundial se interrumpieron todos los trabajos; sin embargo, por lo que sucedía antes, se puede decir que Cuba ocupa uno de los primeros lugares del mundo por su baja mortalidad.

13.—ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE SANIDAD MARITIMA.

Siendo Cuba una Nación isleña, el más importante de nuestros servicios tiene que ser el de Sanidad Marítima.

Cuando terminó la guerra hispanoamericana que dió lugar a nuestra Independencia, en el tiempo transitorio en que hubo un Gobierno provisional americano, por el año de 1901, los Estados Unidos extendieron a la Isla las funciones del "Marine Hospital Service". Se habilitaron cinco estaciones de cuarentenas y el Lazareto del Mariel sufrió una completa transformación; se nombró un personal idóneo en los puertos habilitados y se pusieron en vigor las Leyes y Ordenanzas cuarentenarias de Cuba.

En 1902, al instituirse la República, se dispuso que el Servicio de cuarentenas dependiese de la Secretaría de Hacienda, haciéndose cargo de él un médico cubano, el Dr. Hugo Roberts, quien ha continuado hasta la fecha a su frente.

Posteriormente, al Nacionalizarse los servicios sanitarios, creándose la Secretaría de Sanidad, pasó el Departamento de Sanidad Marítima a ser una dependencia de dicha Secretaría; quedando solamente el Departamento de Inmigración bajo la dependencia de la Secretaría de Hacienda.

La mayor parte de cuanto señalo en este Capítulo, lo tomo de un artículo publicado en el Manual de Práctica Sanitaria del Departamento de Sanidad de la Habana, por el mismo Jefe del Servicio de Sanidad Marítima Dr. H. Roberts, con las modificaciones que posteriormente se han introducido.

El Departamento de Cuarentenas de Cuba está organizado hoy en la forma siguiente: 29 puertos habilitados con personal facultativo para hacer la inspección de los buques. Esos puertos son: Banes, Baracoa, Batabanó, Caibarién, Cárdenas, Casilda, Cienfuegos, Caimanera, Daiquirí, Gibara, Guantánamo, Habana, Júcaro, Mariel, Matanzas, Manzanillo, Manatí, Nuevitas, Nipe, Nueva Gerona, Puerto Padre, Sagua, Samá, Santa Cruz del Sur, Sagua de Tánamo, Santiago de Cuba, Tunas, Vita y Santa Lucía. Sólo en tres puertos hay Estaciones de Cuarentenas: en Santiago de Cuba, en Cienfuegos, y en la Habana la Estación cuarentenaria del Mariel;

estaciones donde pueden ser tratados los barcos, cualquiera que sea su condición sanitaria.

Médicos.

Cada puerto tiene el número de Médicos correspondientes a la importancia de su tráfico: uno, dos, o más; la Habana cuenta con seis. Además, la Sanidad terrestre presta auxilio técnico cada vez que lo requieren las circunstancias.

Lazareto del Mariel.

Está situado a unas veinticinco millas al Oeste de la Habana y en el Puerto del Mariel. Forma una pequeña península, aislada por tierra por una elevada muralla, donde, cuando las circunstancias lo exigen, se colocan los guardias necesarios. Por otra parte, la prohibición de acercarse embarcaciones, en momentos determinados, hace que sea absoluto el aislamiento del Lazareto.

Se encuentra dividido en dos partes: al Este están situados los diversos edificios y anexos dedicados a los cuarentenarios, con capacidad suficiente para seiscientos pasajeros de proa, varones y hembras, y para cien pasajeros de cámara. Al Oeste, hay un Hospital con capacidad para cien enfermos de cada sexo y una casa para la observación de los enfermos en los que aun no se ha confirmado el diagnóstico.

El Lazareto tiene, además de los anexos convenientes para la administración y para viviendas del personal, una verdadera Estación de desinfección por vapor.

Para la atención de los cuarentenarios se divide el pasaje en dos categorías: Cámara y Proa. Se entiende por Proa "la tercera ordinaria", destinada generalmente a inmigrantes; el resto se considera de Cámara.

A la llegada de un buque infectado, si se juzga necesario enviar sus pasajeros a pasar la cuarentena a dicho Lazareto, se dispone el traslado del personal encargado de llevar a cabo la asistencia y la administración. El personal facultativo y los guardianes, además de la dependencia habitual del Lazareto, son los únicos empleados del Gobierno, estando a cargo del buque, las cuestiones relativas a la alimentación, pero siempre bajo la supervisión del Oficial Jefe de la Estación cuarentenaria.

Para la función sanitaria del Lazareto se establecen las siguientes divisiones: 1.º Campo de observación general; 2.º Observación de enfermos a diagnóstico de sospecha; 3.º Tratamiento de enfermos atacados de enfermedades no trasmisibles; 4.º Aislamiento de los trasmisibles según su contagiosidad.

Uno de los Médicos del Servicio de Cuarentenas que se envía al Mariel, es el Jefe del Lazareto, y, bajo su dirección y responsabilidad, se ejecutan todas las disposiciones. Llegados los cuarentenarios al Lazareto y tomadas las medidas de vigilancia convenientes se procede a su separación según el sexo, categoría, etc., y al aseo personal, desinfección de ropas, utensilios, etc. Se procura distribuir a los cuarentenarios por pequeños grupos, para reducir los focos, caso de que alguno enferme.

Lazareto de Santiago de Cuba.

La estación de Santiago de Cuba cuenta con un Lazareto, establecido en Cayo Duan, situado al Oeste de la bahía y a dos millas y media de la población.

Ofrece grandes ventajas como Lazareto, por su extensión, su situación aislada, la facilidad de comunicaciones, el tener abundante agua potable, y la profundidad del mar aun en la orilla, lo que permite a los buques acercarse, facilitándose así el traslado de los enfermos.

Fué utilizado ya en 1898 a 1899 por el Gobierno Interventor, en la epidemia de fiebre amarilla, habiéndose aislado y asistido allí más de trescientos atacados. Entonces lo componía un barracón de pésimas condiciones higiénicas. Destruído por un incendio se contruyó el actual, de madera también, que sirvió en el año de 1901 para impedir la propagación de la fiebre amarilla importada por la tripulación del barco inglés "Ethelbright."

Jefatura de Cuarentenas. Médicos de Naves.

A la entrada del puerto, en un edificio desde el que se divisan las señales del semáforo del Morro, se encuentra la oficina de los Médicos de Naves. En la Habana son seis y se turnan en el reconocimiento de los buques.

Este servicio se presta desde la salida del sol, y exige, por lo tanto, una guardia permanente de *dos Médicos*, que no sólo atienden a los barcos que llegan, sino también expiden las Patentes de Sanidad Marítima a los que salen, vigilan las desinfecciones, señalan las violaciones de la Ley de cuarentenas y están al tanto de cualquier enfermedad que pueda presentarse a bordo de los barcos surtos en bahía.

La Jefatura de Cuarentenas tiene su oficina cerca de la casilla de pasajeros y tiene anexa la planta de desinfección.

Planta de desinfección.

La planta de desinfección cuenta con dos estufas horizontales, de mil quinientos pies cúbicos de capacidad, sistema "Kensington

Engine Works Ltd, Brds, Philadelphia". Una de ellas se dedica a desinfectar, por medio del vapor de agua, a alta temperatura, y la otra, a practicar la desinfección por medio del formaldehído. Además, en dicha planta hay suficiente número de autoclaves, recipientes para quemar azufre y piretro, así como receptáculos para soluciones antisépticas, y cámaras para la destrucción de insectos por el ácido cianhídrico.

Patentes de Sanidad.

El buque que se esté despachando en cualquier puerto extranjero para uno de Cuba, se le exige que obtenga del Cónsul de nuestra Nación, o del que haga sus veces, o del Oficial Médico que haya sido nombrado, una *patente de sanidad*, por duplicado, de la manera prescrita por la Ley, en la que se haga constar los antecedentes y condiciones sanitarias de dicho buque, así como cualquier otra circunstancia que pueda interesar a la salud pública.

Los que antes de llegar a su destino (Cuba), entren o toquen en Puertos intermedios, deben de proveerse de la correspondiente Patente de Sanidad suplementaria. Si ha aparecido a bordo después de la salida del Puerto de origen alguna enfermedad sometida a cuarentena, o si por cualquier circunstancia se presume que el barco esté infectado, se retiene la patente suplementaria hasta que se hayan tomado las medidas sanitarias correspondientes.

El oficial que expide la Patente debe convenirse, por la inspección personal si fuere necesario, de que las circunstancias certificadas en dicha Patente son verdaderas. La inspección debe de hacerse en todos los barcos procedentes de puertos en que prevalezca el Cólera, Fiebre Amarilla, Viruela, Peste y Tifus, en forma epidémica; asimismo deben ser inspeccionados los que conduzcan pasajeros de proa. La inspección consiste en un cuidadoso examen del barco y su cargamento, pasajeros, tripulantes, efectos personales de los mismos, alimentos y agua. Debe de hacerse de día, y lo más próximo posible al momento de la salida del buque. Después de verificada la inspección no se permitirá, en absoluto, la entrada de persona u objeto alguno a bordo, sin autorización del oficial que expida la Patente.

El buque, antes de recibir pasajeros o carga, debe de tener limpias todas sus partes, sobre todo, las bodegas, castillo de proa y puentes, etc.

Si las condiciones del buque no satisfacen al oficial que expide la Patente, puede exigir la desinfección.

Se hará cumplir cuanto se refiere: a desinfecciones, si durante

el último viaje ocurriera a bordo algún caso de enfermedad infecciosa; a los alimentos y aguas; al número de médicos en caso de salir de puertos donde existe Cólera o Peste bubónica, o de conducir más de 250 pasajeros de proa; a la enfermería y su situación con respecto al pasaje de proa, etc.

Si el oficial que expide la Patente cree en la existencia a bordo de mosquitos que pueden estar infectados, debe especificarlo en la misma Patente o exigir la fumigación.

Si el puerto en que está el barco se halla infectado por peste bubónica, o si algún otro buque infectado con dicha enfermedad llegase a él, debe de exigir especial vigilancia para evitar que ratas infectadas aborden al barco.

En los puertos infectados por cólera debe evitarse que los buques tomen lastre de tierra, arena o arcilla blanda y porosa, siempre que sea posible obtenerla de mejor material.

Las mercancías, efectos personales, o de cama, procedentes de distritos que se sepa o se sospeche están infectados, o de cuyo origen no se pueda tener evidencia positiva, o que el oficial que expida la Patente tenga motivos para suponer que estén infectados, deben ser sometidos a escrupulosa desinfección ante de embarcarlos.

También se adoptarán especiales precauciones con respecto a tejidos textiles, trapos, yute viejo, etc.

No debe embarcar ninguna persona atacada de enfermedad cuarentenable o de Escarlatina, Sarampión o Difteria.

A los pasajeros y tripulantes que a juicio del Oficial Consular hayan estado expuestos a ser infectados o contaminados, no debe permitírseles embarcar hasta que hayan pasado el tiempo que corresponde a la incubación de la enfermedad de que se trata, contándose ésta desde la última vez que estuvieron expuestos a contraerla.

En los puertos donde prevalezca alguna enfermedad cuarentenable los tripulantes deben permanecer a bordo, durante su estancia en él, pudiendo exceptuarse para la fiebre amarilla los que sean inmunes. La prueba de inmunidad *por residencia en un foco endémico durante un período no menor de diez años*, está prácticamente abolida, pues muy pocos, de muy pocos países, se encuentran a su amparo. Sobre este particular hay una conclusión presentada a esta Conferencia.

Inspección de buques a su llegada a puertos de Cuba.

Las leyes que rigen a la inspección de un buque a su llegada a puertos de Cuba, son muy prolijas para ser descritas en esta Me-

moria con toda su extensión, sin embargo, daremos algunos datos, que, como los anteriores copio del artículo citado:

“Los prácticos, al subir a bordo de los buques para conducirlos a Puerto, harán izar inmediatamente la bandera amarilla como señal para la inspección, bien haya enfermedad a bordo o no.

“Serán inspeccionados por el Oficial Médico de Cuarentenas, antes de tener comunicación alguna con tierra, todos los buques que arriben a puertos cubanos con enfermo a bordo, procedentes de puertos extranjeros o procedentes de puertos cubanos donde haya enfermedades cuarentenables.

“Los barcos procedentes de puertos extranjeros que llevando pasajeros hayan entrado en un puerto de Cuba sin haber desembarcado completamente aquéllos y su cargamento, estarán sujetos a una segunda inspección a su entrada en otro puerto.

“Los remolcadores o cualquiera otra embarcación que haya estado en comunicación con buque sujeto a inspección, quedarán a su vez sometidos a dicha inspección.

“Serán también inspeccionados a su entrada o durante su estancia en Puerto, los buques que considerados como capaces de transmitir enfermedad cuarentenable, hayan sido desinfectados, pero no haya transeurrido desde su desinfección, el período de incubación de la enfermedad porque se toman tales medidas.

“La inspección de los buques se hará siempre de día, excepto en los casos de arribada forzosa.

“Al hacerse una inspección debe examinarse la patente de Sanidad y enterarse de si ha habido comunicación con otro buque, y, en caso afirmativo, recoger cuantos datos sean posibles acerca de las condiciones del buque con que tuvo contacto, tales como procedencia, días de navegación, condiciones sanitarias en que salió del puerto, si tenía o no enfermos o defunciones a bordo, causas de éstas, caracteres de la enfermedad, etc., etc. Debe también examinarse la lista de pasajeros y tripulantes, los manifiestos y diario de navegación, cuando se juzgue necesario. Asimismo debe el Oficial que haga la inspección cerciorarse de las novedades que hayan ocurrido durante la travesía; si ha habido defunciones o enfermos, cuál ha sido el diagnóstico de las enfermedades o defunciones, examinando la historia clínica de cada caso. Igualmente se verá si vienen en el buque individuos que no se manifiesten en la Patente (Polizones), y en caso afirmativo, cuál es su punto de origen, estado de salud, etc. Debe, asimismo, investigarse si la Ley de Cuarentenas de Cuba ha sido cumplida en alta mar; si los enfermos fueron aislados desde el primer momento, continuaron en relación con el pa-

saje; las condiciones de la enfermería y qué procedimientos han sido usados, etc. Se procederá en seguida al examen y conteo de los pasajeros, tanto de los de tránsito, como de los que vayan a desembarcar; este examen debe hacerse por medio de la lista consular. Y si se encuentra algún enfermo, se procederá según el caso. Debe por último ver si los pasajeros de proa están vacunados, si entre éstos se encuentra alguno que por imposibilidad o defecto físico o por pertenecer a razas cuya inmigración esté prohibida en Cuba, no debe desembarcar, según las leyes de inmigración, llamar la atención al Departamento de este nombre.

“Una vez hecha la inspección y enterado de las condiciones sanitarias del buque, pasajeros, tripulación y cargamento, el Oficial Médico del Servicio procederá a darle entrada, llenando una hoja, que hará firmar al Capitán, y notificará, tanto a éste como a la Aduana, la “Libre-plática” o procedimientos cuarentenarios a que debe ser sometido el buque, pasaje y cargamento.

“Para el reconocimiento de escuadra o buque de guerra, se tratará de obtener los mismos informes respecto del estado sanitario; pero en vez de hacer una minuciosa investigación, puede aceptarse como verídico el informe que el Jefe o Médico dé, bajo su palabra de honor, de las condiciones de salubridad del barco o escuadra.

“Ninguna persona más que los Oficiales Médicos del Servicio debe entrar a bordo mientras se practique la inspección. Esta será hecha durante el día, excepto en los casos de arribada forzosa que exijan la comunicación inmediatamente. El Práctico que dé entrada al buque no podrá desembarcar hasta ser autorizado por el Oficial Médico que haga la inspección.

Enfermedades y buques cuarentenables.

Por las Leyes de Cuarentena vigentes en Cuba, son consideradas como cuarentenables las siguientes enfermedades: Cólera, Fiebre Amarilla, Viruelas, Tifus exantemático, Peste Bubónica y Lepra.

Serán sometidos a cuarentena los buques que arriben a puertos cubanos en las condiciones que paso a expresar:

1.º Con enfermedades cuarentenables a bordo.

2.º Que hayan tenido durante el viaje alguna de estas enfermedades, a menos de haber sido desinfectados a satisfacción del Departamento de Cuarentenas y transcurrido el período de incubación correspondiente a la enfermedad que haya motivado la desinfección, sin que se presentase algún caso nuevo.

3.º Que procedan de puerto infectado con enfermedad cuarentenable, viniendo directamente o por vía de otro puerto extranjero, a menos que hayan cumplido las reglas de cuarentena para los puertos extranjeros.

4.º Que procedan de puertos no infectados, pero que lleven personas o cargamentos de lugares infectados; en este caso serán considerados como si procediesen directamente de puerto sucio.

Otros requisitos generales.

Los prácticos que conduzcan al buque infectado, serán detenidos en cuarentena el tiempo correspondiente al del período de incubación de la enfermedad por la cual se somete a cuarentena el barco, si a juicio del Oficial del Servicio tales prácticos han estado expuestos a la infección. Sus ropas se desinfectarán si se cree necesario.

No se permitirá comunicación directa entre la Estación o barco en cuarentena, con ninguna persona o población exterior, a no ser por expresa autorización y bajo la vigilancia del Oficial de Cuarentenas.

No se permitirá sacar del buque, lastre, a menos que esté desinfectado.

Buques, cargamentos, equipajes, ropas, etc., deben ser sometidos a desinfección y rotulados los últimos antes de ser llevados a tierra. Se empezará a contar el período de incubación correspondiente a la enfermedad cuarentenable, desde la última vez que se juzgue que han estado expuestos a contraerla sus pasajeros y tripulantes.

Los Guardias Sanitarios del Servicio que desempeñen sus funciones en los buques o estaciones de cuarentena auxiliados por los empleados de Aduana y Policía del Puerto, harán cumplir todas las órdenes que reciban del Oficial Médico del Servicio, y de cualquier infracción de lo dispuesto darán parte inmediatamente.

Antes de sacar un enfermo de a bordo para remitirlo al Hospital, se adoptan todas las medidas necesarias, no sólo para evitar molestias que puedan perjudicar su estado, sino también para impedir el contagio.

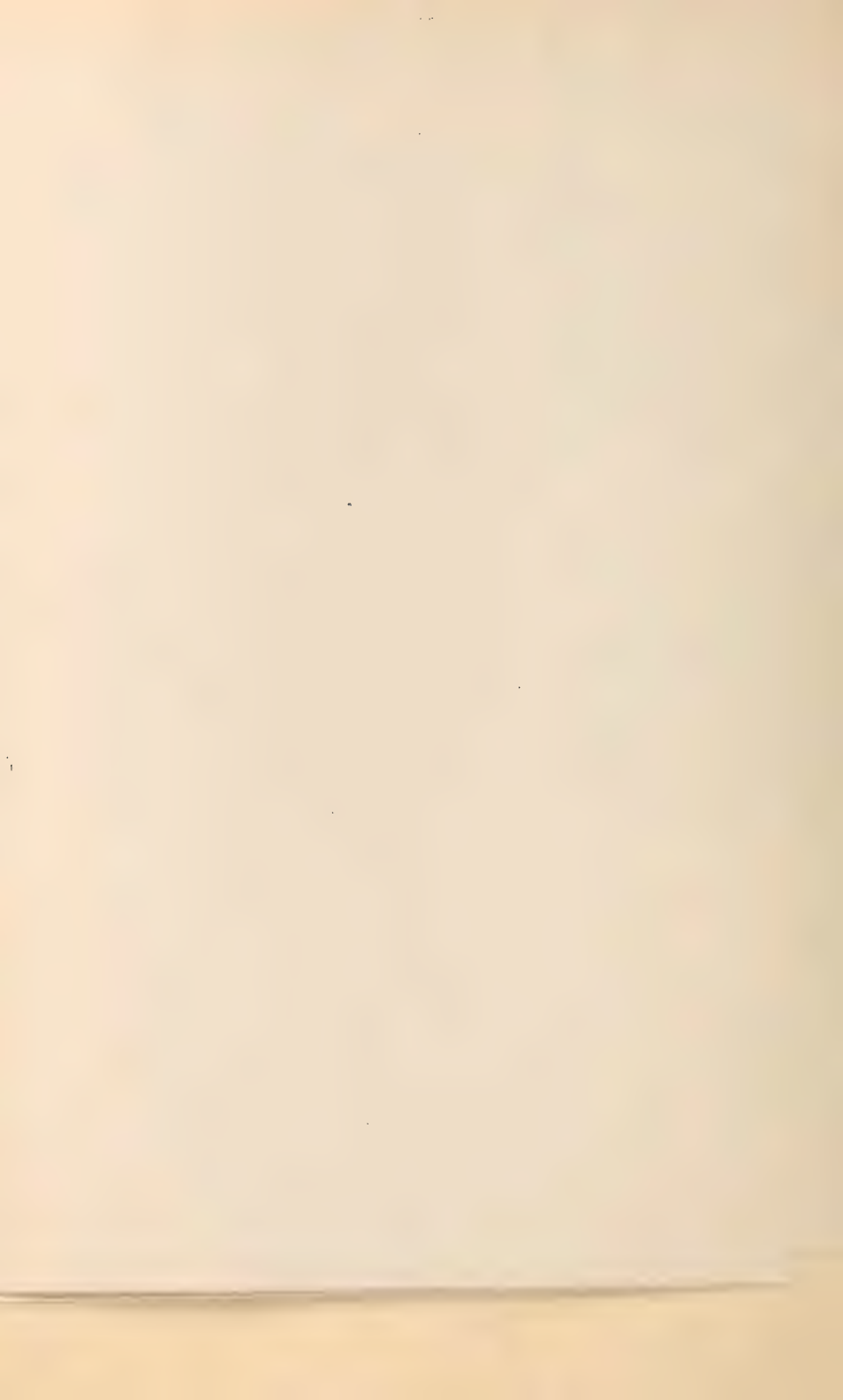
Respecto a las medidas de detención en cuarentena de buques y pasajeros por fiebre amarilla, peste bubónica y cólera, han sido tratadas en Conferencias anteriores.

Sin embargo, hay dos puntos importantes que se relacionan con la fiebre amarilla, que merecen les dediquemos dos palabras. El primero es el que se refiere a la selección del personal de inmunes

RESUMEN de los Trabajos efectuados por el Servicio de Cuarentenas en los años que se expresan:

	1º Enero 1903 al 31 Dbre. 1913		1914		1915		1916		1917		1918		1919	
	HABANA (1)	Toda la Isla	HABANA	Toda la Isla	HABANA	Toda la Isla	HABANA	Toda la Isla	HABANA	Toda la Isla	HABANA	Toda la Isla	HABANA	Toda la Isla
1.—Buques inspeccionados y admitidos a libre plática	15,750	41,689	1,758	4,130	1,857	4,231	2,064	4,722	2,322	4,997	2,281	5,116	2,372	5,658
2.—Buques inspeccionados y declarados en Cuarentena, INFECTADOS	37	48	2	2	6	6	3	3	1	1	1	1	1	2
3.—Buques inspeccionados y declarados en Cuarentena, SOSPECHOSOS	1,699	2,954	6	39	18	49	37	57	16	31	25	31	25	40
4.—Buques inspeccionados y declarados en Cuarentena, INDEMNES	317	741	40	94	72	101	68	85	27	39	35	37	60	65
5.—Total de buques inspeccionados	17,803	45,432	1,806	4,265	1,953	4,387	2,172	4,867	2,366	5,068	2,342	5,185	2,458	5,765
6.—Buques con enfermedad cuarentenable a bordo	37	48	2	2	4	4	2	2	1	1	...	...	2	3
7.—Buques desinfectados	1,330	2,235	1,555	2,131	1,520	1,737	660	871	699	969	571	858	619	811
8.—Pasajeros de cámara inspeccionados para desembarcar	578,109	660,007	33,255	36,679	34,212	36,645	44,545	51,317	38,203	42,216	20,317	22,039	35,923	40,118
9.—Pasajeros de proa inspeccionados para desembarcar	459,214	524,213	30,131	34,850	34,303	41,712	42,887	58,673	39,017	63,841	22,646	45,835	40,812	88,204
10.—Pasajeros de cámara en tránsito inspeccionados	206,994	301,176	13,295	21,026	10,842	12,955	13,452	15,906	11,334	13,815	5,210	6,417	11,544	12,864
11.—Pasajeros de proa en tránsito inspeccionados	49,070	80,143	6,304	8,455	4,194	7,988	2,927	5,894	3,346	8,715	1,302	2,696	3,419	7,613
12.—Tripulantes inspeccionados	1,013,898	1,886,090	110,122	199,757	110,233	181,102	121,802	191,353	120,479	184,767	103,836	166,982	117,708	201,804
13.—Total de personas inspeccionadas	2,307,285	3,451,629	193,107	300,767	193,784	280,402	225,613	323,143	212,379	313,354	153,311	243,969	209,406	350,603
14.—Tripulantes autorizados para desenrolar	665	1,633		62	2	54		105		103	7	92	6	131
15.—Pasajeros para desembarcar, enviados a Cuarentenas	29,646	31,571	787	801	3,326	3,326	2,433	2,510	1,681	1,681	715	715	978	1,005
16.—Pasajeros de tránsito, detenidos en cuarentena a bordo	32,887	34,552	1,535	1,752	2,809	3,925	2,837	2,844	1,966	1,966	1,125	1,125	3,413	3,735
17.—Tripulantes detenidos en cuarentena a bordo	19,715	27,619	4,351	7,195	6,524	8,331	7,175	8,558	4,190	5,017	3,374	3,577	6,979	7,578
18.—Total de individuos detenidos en cuarentena	82,248	93,742	6,673	9,748	12,659	15,582	12,445	13,912	7,837	8,664	5,214	5,417	11,370	12,318
19.—Cuarentenarios en observación enviados al Hospital	1,095	1,243	19	24	66	66	51	59	34	35	77	77	106	114
20.—No cuarentenarios enviados al Hospital	722	1,124	158	186	106	151	230	259	145	200	280	372	381	476
21.—Total de individuos enviados al Hospital	1,817	2,367	177	210	172	217	281	318	179	235	357	449	487	590
22.—Individuos con enfermedad cuarentenable enviados al Hospital	53	62	6	6	17	17	7	7	2	2	...	...	4	5
23.—Individuos con enfermedad cuarentenable asistidos a bordo			...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
24.—Individuos con enfermedad no cuarentenable enviados al Hospital	1,817	2,336	171	204	155	200	274	311	179	235	357	449	486	589
25.—Individuos con enfermedad no cuarentenable asistidos a bordo		110	...	14	...	17	...	27	...	29	...	25	...	68
26.—Total de enfermos atendidos	1,870	2,508	177	224	172	234	281	345	181	266	357	474	490	662
27.—Vacunaciones ratificadas a pasajeros	73,496	112,195	30,131	43,510	37,648	50,639	73,251	99,297	39,009	67,486	22,646	40,878	46,005	89,691
28.—Vacunaciones ratificadas a tripulantes	16,204	96,059	53,786	82,899	110,145	129,425	121,802	141,635	120,380	138,228	103,836	119,551	117,669	137,081
29.—Pasajeros vacunados	18,532	23,457	1,574	1,705	618	2,022	112	419	9	2,975		3,335	3,964	8,383
30.—Tripulantes vacunados	1,196	1,748	23	276	41	108	24	102	...	151		203	930	1,317
31.—Individuos de la localidad vacunados por este servicio	959	18,342	2,698	3,314	293	838	156	196	255	562	25	284	3,341	6,951
32.—Total de inmunizados a la viruela	110,387	251,801	88,212	131,704	148,745	183,032	195,345	241,649	159,653	209,402	126,507	164,251	171,909	243,423
33.—Patentes de Sanidad expedidos a buques a su salida	13,554	45,091	1,251	4,025	1,334	4,236	1,372	4,614	1,471	4,784	1,377	4,856	1,456	5,436
34.—Permisos a viveros para darse a la mar	5,232	41,450	670	3,542	731	4,294	696	3,823	681	3,550	499	3,026	456	2,635
35.—Equipajes inspeccionados y admitidos	363,164	398,022	51,327	52,751	40,076	42,819	52,512	56,216	48,416	49,171	30,782	31,628	53,630	55,354
36.—Equipajes inspeccionados y desinfectados	198,292	201,483	14,939	14,949	16,600	16,607	22,269	22,270	14,500	15,257	7,906	7,914	12,829	12,873
37.—Total de equipajes inspeccionados	561,456	599,505	66,266	67,700	56,676	59,426	74,781	78,486	62,916	64,428	38,688	39,542	66,459	68,227
38.—Certificados de inmunidad expedidos	5,371	12,300	12	64	393	497	237	241	297	321	122	159	111	160
39.—Permisos a visitantes para subir a bordo de buques en CUARENTENA	2,407	2,948	8	18	77	79	116	116	26	26	16	16	16	16
40.—Denuncias al Juzgado por infracciones de la LEY DE CUARENTENAS	59	106	2	11	3	7	8	14	9	10	10	12	8	13

(1) En las cifras que corresponden a "Toda la Isla" se incluyen también las que hemos referido particularmente para la Habana.



a la fiebre amarilla cuando se han de llevar a cabo las operaciones, en los barcos infectados de esa enfermedad. El Dr. Hugo Roberts, desde noviembre de 1902, abrió un Registro de aquellos trabajadores que prestaron garantizadas pruebas de serlo. Y ante el gran número de analfabetos que solicitaban el permiso, propuso y adoptó, desde entonces, la impresión digital, como seguro medio de identificar a los autorizados para trabajar en los barcos infectados de fiebre amarilla.

El otro punto que deseo mencionar, se refiere a lo peligrosos que pueden ser para Cuba, los viveros, como importadores de la fibre amarilla o de otras enfermedades cuarentenables. Los viveros, pequeñas embarcaciones destinadas a la pesca, entraban y salían, diariamente, de nuestros puertos, sin garantía de que no fueran a introducir alguna enfermedad cuarentenable, puesto que, a veces fueron sorprendidos en costas extranjeras. El Dr. Hugo Roberts, para resguardo sanitario, ordenó la impresión de “permisos para alta mar”, en el que se hallan impuestas las reglas que han de observar los viveros mar afuera, dictando, al mismo tiempo, instrucciones a los Médicos del Servicio, de la conducta que han de seguir con tales embarcaciones.

La labor hecha por el Servicio de Sanidad Marítima de Cuba ha sido muy eficiente. Las cifras que a continuación publico, y que se refieren, exclusivamente, a las enfermedades declaradas cuarentenables, darán una idea aproximada del gran trabajo que pesa sobre ese Departamento, al que corresponde el arduo empeño de protegernos de la importación de gran número de enfermedades transmisibles.

APENDICE A: FIEBRE AMARILLA

RESOLUCION PRESENTADA A LA SEXTA CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE LAS REPUBLICAS AMERICANAS, POR EL DR. MARIO G. LEBREDO, DELEGADO DE CUBA

El Delegado que suscribe se cree en el deber de referirse a puntos concretos de la legislación sanitaria de la fiebre amarilla, que amenaza con nuevas peligrosísimas propagaciones; importantes cuestiones cuarentenarias expuestas por el Dr. J. Guiteras, Director de Sanidad de Cuba, en un trabajo presentado al Segundo Congreso Científico Panamericano, (Washington, Diciembre. 1915-Enero 1916), con el título: "Enfermedades transmitidas por insectos en Panamérica." Allí decía el Dr. Guiteras:

"No ha de tardar mucho en reunirse en Montevideo la Conferencia Sanitaria de las Repúblicas Americanas y parece el presente Congreso lugar indicado para presentar proposiciones de enmiendas a la Convención Sanitaria de Washington de 1905."

La Sexta Conferencia no pudo verificarse, por las dificultades de transportes habidas durante la Guerra Europea, y hoy, al reunirse al fin, en estos momentos, el Dr. Guiteras se encuentra en Africa, haciendo investigaciones sobre la fiebre amarilla, como miembro de la Comisión enviada por la Fundación Rockefeller, y la cual presidía, en la época de su muerte, el ilustre higienista William C. Gorgas.

Aquel Congreso, de espíritu general, no tomó resoluciones concretas de los varios trabajos que allí se presentaron sobre fiebre amarilla, sino que dió una conclusión muy ajustada, en los términos siguientes:

"Artículo 40.

El Segundo Congreso Científico Panamericano insta a las Repúbli-

cas Americanas en las cuales exista fiebre amarilla, o se sospecha que prevalece, a que dicten las leyes que mejor puedan dar por resultado su extirpación.”

Si esto se expuso en una época en que la fiebre amarilla parecía borrarase por completo del hemisferio occidental, y, justamente, en el mismo Congreso en que aplaudimos a Gorgas al hacer pública declaración de su empeño en combatirla en los últimos reductos donde aun existía rebelde, ante los actuales resurgimientos de la enfermedad, considero del mayor interés las proposiciones del Dr. Guiteras que me permito traer aquí con algunos comentarios.

Dice el Dr. Guiteras:

“El Artículo VII dispone que la presencia de un caso de Peste, Cólera, o Fiebre Amarilla, no impone necesariamente la aplicación contra un país de las medidas indicadas en el Capítulo II de la Convención.”

Y continúa: “Yo propondría que se eliminase a la Fiebre Amarilla de esta exención o privilegio. En la época actual, con el aumento progresivo de la población no inmune en los que fueron focos endémicos, la presencia de un solo caso autóctono de Fiebre Amarilla, descubierto probablemente después del tercer día de la enfermedad, es asunto más grave, a mi juicio, que la presencia de un caso de las otras dos enfermedades, particularmente si consideramos que puedan pasar 18 días antes que obtenamos pruebas de que se hayan infectado mosquitos.”

El deseo del Dr. Guiteras es completamente justo. Por otra parte, esa modificación quedó aprobada en la misma Segunda Convención en que se redactó el Artículo, y no me explico cómo, cuando tan evidente estuvo la unanimidad de pareceres, quedó el Artículo redactado en esa forma.

Por lo tanto, de aceptarse la modificación, el Artículo VII quedaría redactado así:

“Artículo VII. La notificación de un primer caso de Peste o de Cólera, no impone contra la circunscripción territorial donde ha ocurrido la aplicación de las medidas previstas en el Capítulo que sigue; sí impone la aplicación, cuando se trata de Fiebre Amarilla.”

De esta manera no habrá contradicción—hoy existente—entre el párrafo original y el segundo del mismo Artículo VII que está redactado de acuerdo con ese deseo, así:

“Pero cuando varios casos de Peste o uno de Fiebre Amarilla no importados, se han manifestado o cuando, los casos de Cólera forman foco, la circunscripción se declara contaminada.”

Dice el Dr. Guiteras:

“El Artículo VIII dispone que las medidas restrictivas que contra un

país se impongan, deberán limitarse al distrito que está actualmente infectado.”

Y continúa: “En este Artículo propondría que se agregase al primer párrafo lo siguiente: “Podrá hacerse excepción, en el caso de países donde han existido o se supone que existen focos endémicos de Fiebre Amarilla en medio de una población escasa y diseminada, y donde la existencia de habitantes inmunes puede ser causa de que no se manifieste la presencia de mosquitos infectados.”

Además propone el Dr. Guiteras, que el tercer (3.º) párrafo de este mismo Artículo VIII, donde se expresan las condiciones que deben cumplirse para que las restricciones se limiten al distrito infectado, se agregue otra condición en esta forma: “...y con la condición además, de que el Gobierno afectado dicte las medidas conducentes a obtener informes y hacer declaración de nuevos casos que en otros distritos se presenten.”

No es necesario hacer comentarios para encarecer la importancia de lo expuesto.

Dice el Dr. Guiteras:

“El Artículo IX expone las condiciones que deberán cumplirse antes de que se declare un distrito libre de una infección, y expresa el período de tiempo que deberá transcurrir sin que se presente caso alguno de la infección. Con respecto a la Fiebre Amarilla el Artículo autoriza a los Gobiernos para extender este período. Esta autorización ha sido muy criticada, y, a mi juicio debe mantenerse, por la misma razón que aduje al analizar el Artículo VIII, es decir, por el carácter larvado o latente que puede asumir la Fiebre Amarilla en medio de una población de adultos inmunes. Los mejores esfuerzos de las autoridades sanitarias se estrellan ante la imposibilidad de seguir las huellas de casos diseminados, de carácter benigno, que ocurren principalmente entre niños, pero que sirven de eslabones ignorados que unen un brote epidémico con otro.”

Y continúa: “El último párrafo de este Artículo que indica las medidas que deben dedicarse para impedir la propagación de la enfermedad, debiera redactarse en la forma siguiente:

“(2) Que todas las medidas preventivas de la propagación de la enfermedad han sido aplicadas, y han sido continuadas por tiempo razonable, hasta que se establezca satisfactoriamente que no ha habido propagación fuera del distrito infectado”.

Yo creo que hoy, más que nunca, es indispensable la aceptación de la modificación propuesta.

Es innegable que las campañas basadas, de manera exclusiva, o casi exclusiva, en tal o cual medida preventiva, con detrimento de las demás, tan excelentes y efectivas, y la declaración prematura de extinciones epidémicas,—y peor aun, de endemias,—con el consiguiente abandono, o, por lo menos, relajamiento de la vigilancia y de la lucha armada, son las causas principales de la

reaparición de la enfermedad en sus mismos focos—sólo aparentemente extinguidos—y por lo tanto, de la diseminación.

El Dr. Guiteras sugiere la enmienda del párrafo tercero del Artículo XX que trata de la clasificación de buque *indemne*, agregándole al citado párrafo, para considerar indemne al buque, la condición “*de que la travesía haya durado más de seis días.*” Propone, pues, que el párrafo tercero (3.º) del Artículo XX quede redactado así:

“Se considera como **indemne**, aun cuando llegue de puerto contaminado, una nave que no ha tenido ni defunciones, ni casos de peste, de cólera, o de fiebre amarilla a bordo, sea antes de la partida, sea durante la travesía o en el momento de la llegada, con la condición, si se trata de fiebre amarilla, de que la travesía haya durado más de seis días y que se pueda excluir la presencia de stegomias a bordo.”

Sugiere el Dr. Guiteras:

“Los artículos referentes a la fiebre amarilla que en la Convención se colocaron al final con el número XLVI, para conservar el mismo orden de artículos que tenía la Convención de París de 1903, deben cambiar de número de orden, recibiendo números corridos desde el XXIX hasta el XXXII inclusive; poniéndoles al contrario XXXIII al que hoy tiene XXIX y sucesivamente a los demás.”

Por último, el Dr. Guiteras aborda un punto importante: la consideración del “inmune”.

Dice:

“Otro asunto que habría de discutirse desde el punto de vista internacional, es la significación de la palabra “inmune” en relación con fiebre amarilla. Desde que empezó a legislarse para impedir la propagación de esta enfermedad, hubo que tomar en consideración la existencia de un grupo considerable de personas que eran inmunes. Primero se consideraron como tales a los negros y a los nativos de países donde reinaba la fiebre amarilla. Después se aceptó como base, que la inmunidad dependía de un ataque previo de la enfermedad. En los reglamentos de cuarentenas sólo se consideraron como inmunes, a aquellos que presentaban certificación satisfactoria de haber pasado la Fiebre Amarilla, o de haber residido en un foco endémico el tiempo necesario para justificar la suposición de que ya habían adquirido la inmunidad.”

“El número de inmunes a la Fiebre Amarilla disminuye progresivamente y parece ya llegado el tiempo de que no se tomen en consideración al redactar los reglamentos de cuarentenas, o, si se considera demasiado radical este acuerdo, definase por lo menos, lo que en lenguaje cuarentenario debemos entender por “inmunes”.

“Como el número de focos endémicos viene disminuyendo desde hace años, creo que debemos aceptar actualmente como “inmunes” sólo

aquellas personas que han residido en un foco reconocido como endémico, durante diez años consecutivos anteriores al de 1902.”

El criterio anterior sustentado por el Dr. Guiteras es de un gran interés sanitario internacional. Yo estoy por la solución radical. Puede asegurarse que hoy sólo quedan pequeños focos endémicos, rebeldes, mal extinguidos, sujetos a resurgimiento y difusiones que inquietan a las autoridades sanitarias vecinas. Pero puede asegurarse de manera absoluta, que desde hace muchos años no queda un solo foco endémico grave, de aquellos que, como Cuba y Veraacruz entonces, por el diario numeroso movimiento de invasiones y curaciones, en una población diariamente inyectada de no inmunes, podían dar una situación tal, continua, de infección, que permitiera aceptar como efectiva la llamada inmunidad por residencia en foco endémico.

No he presentado la minuciosa exposición que antecede, con el objeto de que esta Conferencia la tome en consideración, a menos que no se estime haya urgencia en hacerlo así. Según los acuerdos de las Convenciones anteriores, la próxima Conferencia deberá reunirse en el breve plazo de dos años, y creo que a ella deben remitirse las distintas enmiendas de Guiteras para que formen parte de su Programa provisional. Por lo tanto, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, me permito presentar la siguiente proposición:

Por cuanto el Dr. Guiteras presentó al Segundo Congreso Científico Panamericano reunido en Washington de Diciembre de 1915 a Enero de 1916, una serie de enmiendas a la Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, firmada en Washington en 1905, enmiendas traídas a esta Sexta Convención Internacional, por el Delegado de Cuba que suscribe;

Por cuanto, sobre ellas no recayeron resoluciones;

Por cuanto, estimando que la cuestión requiere estudio por parte de las Naciones congregadas, y que sería conveniente al discutirlas estuviera presente el Dr. Guiteras, hoy en misión científica en el Africa;

SE RESUELVE incluir en el Programa provisional de la Séptima Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, las enmiendas referidas.

Montevideo, Diciembre 15 de 1920.

(Fdo.) **Dr. Mario G. Lebreo,**

Delegado de Cuba.

Prevía aceptación de la propuesta por la correspondiente Comisión, la Conferencia votó sobre ella, la siguiente resolución:

Resolución XXIV.

“Aconsejar la inclusión en el programa de la VII Conferencia Sanitaria Internacional, la conveniencia de modificar el texto de la Convención Sanitaria Internacional de Washington de 1905, en la parte misma que tiene atinencia con la fiebre amarilla, o someterla a la consideración de la primera Convención Sanitaria Pan-Americana que se reúna con anterioridad.”

APENDICE B: PESTE BUBONICA

RESOLUCION NO PRESENTADA A LA SEXTA CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE LAS REPUBLICAS AMERICANAS, QUE CONVIENE SE INCLUYA EN EL PROGRAMA DE LA PROXIMA (VII) CONFERENCIA

Por el Dr. Mario G. Lebreto,
Delegado de Cuba.

El Delegado que suscribe cree oportuno proponer se modifiquen algunos de los Artículos de la Convención Sanitaria de Washington de 1905, en los siguientes particulares referentes a la peste bubónica.

Es notable la falta de uniformidad señalada al tiempo que ha de regir en la observación de pasajeros, tripulantes, circunscripción contaminada y buques, para garantizar la profilaxis de la peste bubónica, según se ve en los siguientes Artículos de la citada Convención:

Artículo 9. "Para que una circunscripción no se considere ya como contaminada, se necesita la comprobación oficial: (1) De que no ha habido ni defunciones, ni caso nuevo de peste, o de cólera, desde hace **cinco días**....."; y agrégase después: ".....pero los Gobiernos se reservan el derecho de prolongar este período."

"Artículo 20. "Clasificación de los buques. Se considera como infectado el buque que..... o que haya presentado uno o más casos de cólera o de peste, a bordo, durante los últimos **siete días**." Y al tratar el mismo artículo sobre los buques sospechosos, da la misma duración "**por siete días**."

Artículo 21. "Sobre los buques infectados de peste", dice: "3 Las demás personas, desembarcadas y sometidas a una observación que no debe de exceder de **cinco días** a contar desde la fecha de la llegada."

Artículo 22. "Sobre los buques sospechosos de peste." En el 2.º párrafo dice: "Además la tripulación y los pasajeros pueden ser sometidos a una observación **que no excederá de cinco días** a partir de la llegada del buque."

Artículo 24. Al tratar de naves apestadas dice: "que los pasajeros y tripulación pueden ser sometidos a una observación **que no exceda de cinco días.**" Y, después, al tratar de buques en que se ha comprobado solamente una insólita mortandad de ratas, dice: "(d) Hasta que toda sospecha se haya disipado, los pasajeros y la tripulación pueden ser sometidos a una observación **que no exceda de cinco días.....** salvo en casos excepcionales..... prolongar la observación **hasta un máximo de diez días.**"

Esta falta de uniformidad en un tiempo de observación que debiera de ser fijo para todas las circunstancias mencionadas, provoca reclamaciones, según interesa al reclamante protestar contra las detenciones de siete y diez días cuando por prudencia sanitaria se aplican.

El Dr. Guiteras, en un trabajo titulado "Enfermedades transmitidas por Insectos en Panamérica", presentado al Segundo Congreso Científico Panamericano, (Washington, D.C. 1915-Enero 1916), propone las siguientes importantes modificaciones:

Dice el Dr. Guiteras: "El Artículo I de la Convención se refiere a la obligación que contrae todo Gobierno de notificar a los demás de la aparición de un caso de Peste, Cólera o Fiebre Amarilla, en su territorio. En este Artículo **debiera exigirse también la notificación de la presencia de Peste murina**, y convendría agregar un párrafo por el cual se facultase a los países a mantener medidas especiales de defensa contra el que no cumpliese con el Artículo Primero."

Caso de aceptarse el criterio del Dr. Guiteras, el Artículo I quedaría redactado así:

"Artículo I. Cada Gobierno debe notificar inmediatamente a los otros, la primera aparición en su territorio de los casos confirmados de peste (humana y murina) de cólera o de fiebre amarilla."

Agregando: "Los países signatarios de esta Convención están facultados para mantener medidas especiales de defensa contra el que no cumpliese con este Artículo."

Artículo XX.

El Dr. Guiteras propone una redacción más explícita del párrafo segundo del Artículo XX, donde se clasifican los buques "sospechosos" e "indemnes."

Propone la siguiente redacción:

"Se considerará como sospechoso al buque a bordo del cual

ha ocurrido un caso o casos de Peste, o de Cólera, en el momento de la partida o durante el viaje; pero en el cual no ha ocurrido ningún caso en los siete días anteriores al de la arribada. Con respecto a la Febre Amarilla el barco que, habiendo estado expuesto a la introducción del mosquito *calopus* de cualquier procedencia embarca pasajeros en puerto infectado y llega sin fiebre amarilla a bordo. Con respecto a la Peste, también el barco en que ha ocurrido una mortandad insólita de ratas”.

Artículo XXI.

El Dr. Guiteras propone que “con referencia a la desratización de los barcos infectados de Peste, se introduzca en el párrafo 6 del Artículo XXI, una cláusula que especifique que la operación debe hacerse con gas sulfuroso o ácido cianhídrico, para obtener al mismo tiempo la destrucción de las pulgas”, pudiéndose redactar la cláusula así:

“Se usará para la destrucción de las ratas, precisamente, el gas sulfuroso o el cianhídrico.”

Artículo XXIV.

Por último, pide el Dr. Guiteras, que en el Artículo XXIV que se refiere al barco clasificado como indemne en que aparecen ratas infectadas, o en que se presenta una mortandad insólita de roedores, debe de insistirse en el uso de gas sulfuroso o cianhídrico para la desratización.

Así, pues, el párrafo (b), sobre “(1) Naves con ratas apesadas”, y en el “(c) sobre “Buques en donde se ha comprobado una mortandad insólita en las ratas”, se agregará lo siguiente:

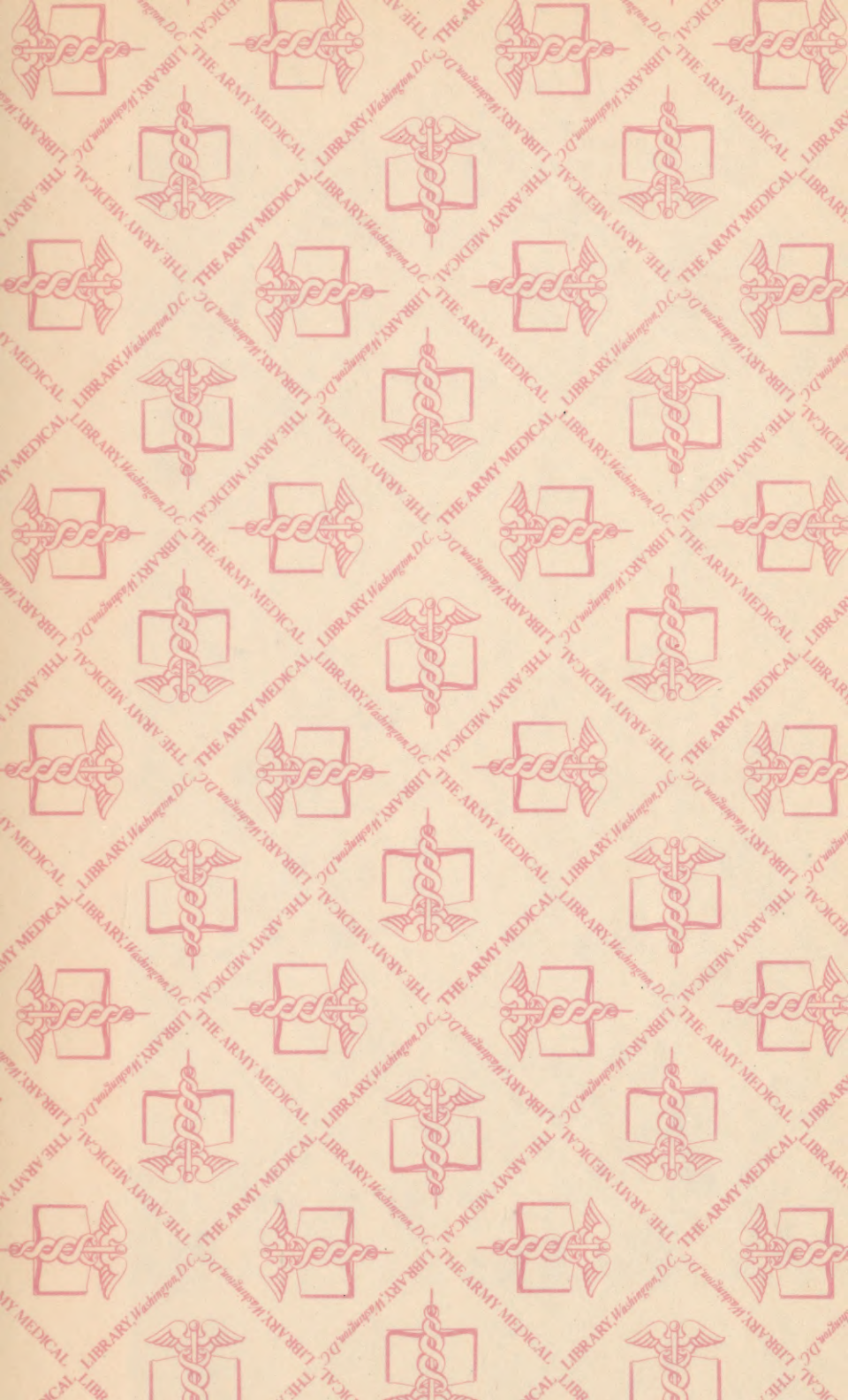
“Se usará para la destrucción de las ratas gas sulfuroso o el gas cianhídrico.”

Tan importantes son las modificaciones pedidas para los Artículos de la legislación sanitaria que hemos señalado anteriormente, que, en caso de no ser abordadas en esta Conferencia, sugiero se presente como asunto del Programa que se someta a la consideración de la próxima Séptima (VII) Convención.

Montevideo, Diciembre 15 de 1920.

(Fdo.) *Dr. Mario G. Lebreto,*
Delegado de Cuba.





WA 900 DC9 D4s 1921

31510600R



NLM 05146093 4

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE